



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

---

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 07/2021

Vitória, 05 de janeiro de 2021

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

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da 1ª Vara de Baixo Guandu - ES, requerida pelo MM. Juiz de Direito Dr. Dener Carpaneda, sobre o procedimento: **Implante de esfíncter artificial**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a Petição Inicial, o Requerente de 54 anos, fez uma prostatectomia em 25/02/2019, porém após procedimento apresentou incontinência urinária. Após consulta com especialista, não há medicação que resolva este quadro de incontinência, apenas uma outra cirurgia para colocação de esfíncter urinário. O Autor também apresenta depressão, com episódios de tentativa de suicídio, que piora devido ao fato de usar fraldas. O Requerente teve seu pedido de cirurgia negado pelo ente público, pois o procedimento não é padronizado pelo SUS. Pelo exposto recorre a via judicial.
2. Às fls. 5444890 consta documento do HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, com diagnóstico de neoplasia de próstata, cirurgia urológica realizada em 25/02/2019, para retorno no dia 13/03/2019, emitido pelo Dr. Cyro Resende Laghi, urologia.
3. Às fls. 5444892 consta documento do HUCAM, sem data, emitido pelo Dr. Cyro Resende Laghi, com pedido de exames laboratoriais.



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

---

4. Às fls. 5444894 consta documento de retorno para urologia, dia 14/05/2020 as 12:00 h.
5. Às fls. 5444895 apresenta laudo médico, sem data, emitido pelo Dr. Nézio Faber do S. Júnior, CRM ES 13788, descrevendo paciente foi internado no serviço de urologia do HUCAM no dia 08/08/2019 com diagnóstico de estenose de uretra. Foi submetido a uretrotomia interna no dia 12/08/2019 sem intercorrências. Apresentou boa evolução no pós operatório, recebendo alta hospitalar hoje com as devidas orientações, prescrição e retorno agendado.
6. Às fls. 5444896 consta consulta extra para urologia, emitida dia 12/11/2020 as 7 h.
7. Às fls. 5444896 consta consulta para urologia para o dia 18/02/2021 as 07:30 h
8. Às fls. 5444897 consta E-mail solicitando orientação quanto ao procedimento e a informação de que o esfíncter artificial é um dispositivo que não está padronizado, não é fornecido pelo SUS.
9. Às fls. 5444898 consta estudo urodinâmico, emitido em 09/04/2020, evidenciando PV 58 cmH<sub>2</sub>O; PA 45 cmH<sub>2</sub>O; PD 13 cmH<sub>2</sub>O; T 4:34
10. Às fls. 5444899 apresenta exame anatomo-patológico, emitido em 11/03/2019, descrevendo adenocarcinoma do tipo acinar de próstata; grau de gleason: 7 (3+4); grupo de gleason (ISUP 2016): 2 (gleason 3:80%; gleason 4:20%); localização do tumor bilateral; infiltração perineural presente; estadiamento pT2pNO
11. Às fls. 5444900 está ilegível
12. Às fls. 5444901 consta risco cirúrgico, sem data, para prostatectomia radical, devido neoplasia de próstata
13. Às fls. 5444902 apresenta laudo médico, emitido em 12/11/2019 pela Dr<sup>a</sup> Bruna Afonso Venturini, CRM ES 12994, descrevendo paciente do sexo masculino, 53 anos, foi submetido a cirurgia de prostatovesiculectomia radical em fevereiro de 2019, devido diagnóstico de neoplasia de próstata. Evoluiu com estenose de uretra posterior, colo vesical, evidenciada em exame de imagem de uretrocistografia miccional. Realizou nova abordagem cirúrgica, uretrotomia interna em agosto de 2019. no momento, autocatete-



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

---

rismo semanal com sonda uretral nº 12 para dilatação uretral. Queixa de incontinência severa, fazendo uso de 5 fraldas descartáveis/dia, disfunção erétil moderada com resposta satisfatória com uso de medicamento via oral. Solicito material, fralda descartável e sonda uretral nº 12, ao paciente. Segue em acompanhamento ambulatorial com urologia.

14. Às fls. 5444903 apresenta laudo médico, emitido em 12/11/2020 pelo Dr. Lucas B. Cunha, cirurgia geral, CRM ES 13686, descrevendo quadro supracitado, acrescentando a incontinência urinária e que o uso do esfíncter artificial permite uma rotina normal e a possibilidade de retornar as atividades cotidianas. É considerado padrão ouro no tratamento da incontinência urinária causada por deficiência esfíncteriana intrínseca. É de alto custo e não é fornecido pelo SUS. O HUCAM não dispõe do dispositivo para implementação, porém possui recursos humanos para realização da cirurgia proposta.
15. Às fls. 5444904, complementando às fls 5444898, emitido em 09/04/2020, evidencia incontinência urinária por deficiência esfíncteriana.
16. Às fls. 5444905 apresenta laudo médico, emitido em 11/02/2020 pelo Dr. Bruno Costa do Prado, urologia, CRM ES 9348, descrevendo quadro já supracitado, controle PSA: 0.04 (06/2019), 0.001 (09/2019), 0.001 (01/2020); laudo psicologia (11/19) paciente ainda com risco de auto-flagelação, muito ansioso, em acompanhamento psiquiátrico. Paciente com quadro de incontinência urinária severa devendo ser afastado de suas atividades por tempo indeterminado.
17. Às fls. 5444906 apresenta laudo médico, emitido em 02/03/2020 pelo Dr. João Lucas B. Cunha, cirurgia geral, CRM ES 13683, descrevendo paciente diabético em uso de metformina e glibenclamida, dislipidêmico em uso de sinvastatina. Acompanhamento pos operatório: paciente refere perda de diurese (+/- 4 fraldas/dia), não tem feito fisioterapia regularmente. Refere ter feito uso por uma semana de tadalafila sem melhora (nega ereções). PSA total pós operatório: (10/2019) <0.008, (02/2020) 0.03. fornecido laudo para INSS a pedido, Orientado fisioterapia regularmente e avaliação pela fisio,



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

---

- prescrito tadalafila 5 mg diariamente pela manhã e 4 comprimidos no dia da relação, solicitado novo PSA total em 3 meses.
18. Às fls. 5444907 consta declaração, emitida em 17/07/2020 pela psicóloga Cristina Aparecida Meneses de Sousa dos Santos, descrevendo que paciente esta em atendimento desde 2017, após perda da esposa. Tem diagnóstico de depressão, faz acompanhamento psiquiátrico. Em 2019 passou por procedimento cirurgico – prostatectomia radical, apresentando sequelas e dificuldades em lidar com a nova condição (incontinência urinária e disfunção erétil). Após a perda da esposa, teve relacionamento conturbado com a nova esposa por ano e meio e devido as sequelas ocasionou a separação. O paciente esteve afastado por vontade própria por 3 meses da terapia e retornou em set/2019 após 2 tentativas de suicídio. Foi reencaminhado para a psiquiatria para reavaliação e acompanhamento. É atendido semanalmente e se encontra estável. Em uso de losartana, clortalidona, miclox, alprazolam 2 mg, duloxetina 60 mg, Bup 150 mg.
19. Às fls. 5444907 conta laudo psiquiatrico, emitido em 06/08/2020 pelo Dr watson H. F. De Queiroz, psiquiatra/psicoterapeuta, descrevendo que o paciente é portador de transtorno afetivo bipolar, com sintomas mistos e predomínio de fases depressivas nos últimos anos. Faz acompanhamento há alguns anos sob meus cuidados. Atualmente além do quadro depressivo/hipomaníaco outra comorbidade (adenoma de próstata suspeito de malignidade). Necessita afastamento do trabalho por período mínimo de 180 dias devido atual instabilidade do quadro mental.
20. Às fls. 5444910 apresenta orientações para internação na especialidade urologia, data entrega AIH 27/06/2019
21. Às fls. 5444911 apresenta rX uretrocistografia miccional (masculino), emitido em 20/05/2019, evidenciando radiografia simples não mostra densidade cálcica em topografia vesicouretral; cateterização do meato uretral externo sem intercorrências; após a infusão retrógrada do meio de contraste nota-se estenose em segmento prostático, com lentificação da progressão do meio de contraste, apresenta rebaixamento e alargamen-



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

---

to do colo vesical, compatível com status pós cirúrgico, na fase miccional permanece achado de estenose em seguimento prostático.

22. Às fls. 5444913 consta receituário, emitido em 12/11/2019, prescrito fraldas descartáveis, sonda nelaton nº 12 e lidocaina 2%.
23. Às fls. 5444917 apresenta risco cirúrgico, emitido em 12/02/2019 pelo Dr. Alez Bouchour, cardiologista, CRM ES 5949, descrevendo paciente em condições cardiovasculares para submeter-se a cirurgia proposta

**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:

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. **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  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

**DA PATOLOGIA**

1. O **câncer de próstata (CP)** é a sexta neoplasia maligna mais comum no mundo em número de casos novos. Os sintomas de disfunção miccional (polaciúria, disúria, redução da força e calibre do jato urinário, noctúria, hesitação, sensação de repleção miccional) são historicamente mencionados como os sintomas mais comumente relacionados ao CP, porém não estão especificamente relacionados ao crescimento benigno ou maligno da glândula.
2. A incidência de câncer de próstata em pacientes que desenvolvem retenção urinária aguda tem sido estimada como sendo de 13 a 25%. Em estágios avançados, sinais e sintomas relacionados à invasão local, tais como hematúria (invasão da bexiga) ou mesmo obstrução uretral, com conseqüente hidronefrose e uremia ou, menos frequentemente, sangramento retal decorrente de invasão retal podem ser observados.
3. O estágio IV da doença pode apresentar uma ou mais das seguintes condições: o câncer se espalhou para partes próximas à próstata (que não as vesículas seminais), como os músculos que agem no controle da urina, o reto ou a parede da pelve; o câncer atingiu os gânglios linfáticos; o câncer se espalhou para partes do corpo mais distantes.
4. Algumas características histopatológicas do tumor, como grau de diferenciação, invasão capsular e **escore de Gleason**, podem ser correlacionadas com o prognóstico da doença.
5. Em um estudo publicado em 2010 que avaliou 118 espécimes de prostatectomia radical provenientes do Laboratório de Patologia da ULBRA entre 2003 e 2008, concluiu que no adenocarcinoma prostático, a determinação do escore de Gleason corresponde a um dos principais fatores histológicos a serem descritos, apresentando relação significativa com outros critérios anatomopatológicos, como extensão, invasão perineural e



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

---

angiolinfática e estadiamento.

6. Da mesma forma, outro estudo também publicado em 2010, uma Coorte hospitalar composta por 258 pacientes do Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, RJ, de 1990 a 1999, verificou que a classificação de Gleason maior que 6, PSA maior que 40ng/ml, estágio B2 e cor da pele branca foram marcadores independentes de pior prognóstico. A classificação de Gleason, o toque retal e o valor do PSA possuem grande poder preditivo e devem ser utilizados na estratificação de risco pré-tratamento dos pacientes com câncer de próstata localizado.
7. A **incontinência urinária pós-prostatectomia (IUPP)** é uma complicação de difícil tratamento e que causa um profundo impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, bem como perturba seriamente a relação médico-paciente. A IUPP pode ocorrer tanto no tratamento da hiperplasia prostática benigna como no tratamento do câncer de próstata.
8. No tratamento da doença benigna, esta complicação ocorre em menos de 1% dos casos. Na prostatectomia radical, a incidência varia de 2% a 87%. Esta ampla variação é explicada pelas diversas metodologias empregadas na avaliação da incontinência e também pelos diversos graus de intensidade da mesma. Diversos autores avaliaram a incidência de incontinência após prostatectomia radical retropúbica ou perineal. Com estas técnicas, a incidência de incontinência total relatada varia de 0% a 12,5%.
9. A **Incontinência Urinária** é a eliminação involuntária da urina, ou seja, o paciente não consegue reter a urina por algum processo patológico que causa um distúrbio no ciclo miccional e/ou na musculatura voluntária. A incidência é variada, em ambos os sexos e idade, porém o fato de ocorrer com maior incidência em pessoas idosas, não significa em ser essa uma doença de idoso, pois também ocorre muito frequentemente em crianças. É mais comum nas pessoas do sexo feminino podendo se manifestar tanto na 5ª quanto na 6ª década de vida, quanto nas mulheres mais jovens. Os tipos de IU



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

---

mais prevalentes na mulher são a incontinência urinária de esforço (IUE), a bexiga hiperativa idiopática (BH) e a incontinência urinária mista (IUM). A perda involuntária de urina atua de forma devastadora na qualidade de vida do paciente, e pode ser adequadamente tratada.

10. **Incontinência urinária nos homens:** As causas da incontinência urinária masculina são variadas e a identificação da origem é essencial para o tratamento adequado. Em homens sem problemas neurológicos, a incontinência urinária está na maioria das vezes associada à história de cirurgias prostáticas. Durante estas cirurgias pode haver lesão do esfíncter ou do nervo responsável pelo seu funcionamento levando a perdas urinárias. As perdas também podem decorrer de um excesso de contrações da bexiga durante o enchimento ou mesmo de transbordamento da urina.
11. Aproximadamente 1% dos pacientes submetidos à ressecção transuretral da próstata evoluem com incontinência urinária após a cirurgia. Nos pacientes submetidos à prostatectomia radical (remoção completa da próstata) esta complicação pode ocorrer entre 2% a 10% dos casos.
12. Nos pacientes submetidos à cirurgia radical, a incontinência pós-operatória pode ser transitória. Quando a incontinência se mantém por tempo mais prolongado geralmente é necessária uma cirurgia de correção da incontinência que muitas vezes consiste na colocação de um esfíncter artificial.
13. Nos casos de IUE, a perda pode ocorrer somente aos grandes esforços, permitindo algum controle miccional, mas nos casos de incontinência aos pequenos/mínimos esforços, os constrangimentos devastam a qualidade de vida do paciente, inclusive obrigando ao uso de fraldas.





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

---

**DO TRATAMENTO**

1. Não há Protocolo Clínico ou Diretriz Terapêutica no âmbito do SUS para o tratamento da incontinência urinária; entretanto, o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina apresenta diretriz específica para o tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia. Basicamente, a conduta do tratamento prevê medidas gerais, comportamentais, farmacológicas e cirúrgicas.
2. O tratamento da **incontinência urinária pós-prostatectomia (IUPP)** deverá ser direcionado à causa diagnosticada ou à associação delas. Basicamente, compreende medidas gerais, comportamentais, farmacológicas e cirúrgicas. Além disso, o momento da instituição do tratamento varia de acordo com a evolução do caso (fase do diagnóstico, fase da resolução espontânea, ou não, da incontinência, fase dos tratamentos conservadores, fase do tratamento definitivo).
3. Na fase do diagnóstico, medidas gerais e comportamentais deverão ser instituídas como: uso de cremes locais protetores da pele e com propriedades antifúngicas, absorventes, fraldas, preservativos acoplados a coletores urinários. Dispositivos de oclusão da uretra peniana (*clamps*) desde que atraumáticos podem, eventualmente, ser utilizados. Uma boa relação médico-paciente deve ser preservada, mantendo-se o paciente bem informado de sua situação e das possibilidades terapêuticas.
4. As medidas comportamentais visam esclarecer o paciente sobre o funcionamento da bexiga e dos esfíncteres, visam instituir um controle da ingesta líquida, evitar substâncias que possam influenciar a diurese (álcool, caféina, diurético). Também é importante estabelecer uma micção programada, instruir na realização de exercícios da musculatura pélvica e fazer um diário miccional. Com este tipo de tratamento, obteve-se melhora em 74% de pacientes incontinentes pós-resssecção endoscópica de próstata, e 33% em pacientes pós-prostatectomia radical. Entretanto, os resultados deste



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

tratamento são muito controversos na literatura e existem vários trabalhos com melhor desenho metodológico, contestando os benefícios da terapêutica comportamental. Alguns autores sugerem que talvez esta terapêutica possa melhorar a sintomatologia associada à incontinência e diminuir o período de recuperação da continência.

5. A utilização de drogas anticolinérgicas está indicada nos casos de hiperatividade detrusora. Nos casos de hiperatividade detrusora e insuficiência esfíncteriana, é aconselhável tratar a hiperatividade antes do tratamento cirúrgico. Em 210 pacientes com IUPP estudados (159 pós-prostatectomia radical e 59 pós-ressecção endoscópica), notou-se que 20% tinham disfunção vesical isolada, 40% tinham disfunção vesical associada à insuficiência esfíncteriana e 40% apresentavam insuficiência esfíncteriana isolada. Assim, a insuficiência esfíncteriana estava presente em 80% dos casos. Na tentativa de aumentar a resistência uretral, drogas simpaticomiméticas ou antidepressivos tricíclicos podem ser utilizados. Entretanto, devido aos seus efeitos adversos importantes resultados insatisfatórios, estas drogas não vêm sendo muito usadas. Quando o diagnóstico de disfunção vesical for de diminuição da complacência, pode estar indicada uma ampliação vesical.
6. Quando a incontinência persiste após o tratamento conservador, não invasivo, está indicada uma terapêutica invasiva. A obtenção da continência pós-prostatectomia é tempo-dependente. Baseado em necessidade de usar fraldas, notou-se que 70,9%, 87,2%, 92,1% e 98,5% dos pacientes adquiriam continência aos 3,6,12 e 24 meses. Na avaliação de 615 pacientes pós-prostatectomia radical, verificou-se que 92 já haviam readquirido continência no 6º mês de pós-operatório. Portanto, o tratamento invasivo não deve ser precoce, sendo aconselhado um mínimo de seis meses entre a prostatectomia e a sua instituição.



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

---

## DO PLEITO

1. **Implante de esfíncter artificial:** é considerado hoje o melhor tratamento para a incontinência urinária pós prostatectomia (IUPP). Diversos estudos demonstram que promove resultados positivos em 60 a 80% dos pacientes.

## III – CONCLUSÃO

1. Primeiramente pontuamos que os pacientes que realizam prostatectomia podem desenvolver incontinência urinária, sendo esta, na maioria das vezes, passageira (resolução espontânea após o 6º mês da cirurgia). No presente caso, laudo médico anexado aos autos relata que a cirurgia foi realizada em fevereiro/2019, o que se pode inferir, que no caso em tela, não houve resolução espontânea, realizou a fisioterapia sem melhora.
2. Não foi informado o tratamento/treinamento fisioterápico realizado pelo paciente para incontinência, no entanto, o laudo médico anexado, descreve que o Requerente fez fisioterapia sem obter resultados.
3. Considerando que nos últimos anos, o uso de *sling* perineal tem aumentado significativamente e as diretrizes apontam essa tecnologia como alternativa interessante ao esfíncter artificial, apenas em casos de incontinência leve à moderada. **Para os casos de incontinência urinária grave, o implante do esfíncter artificial é apontado pelos estudos e diretrizes como o padrão ouro de tratamento.** (Grifo nosso)
4. Em maio de 2013, foi emitido Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de



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

---

Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 61 - Ministério da Saúde - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde: **Esfíncter urinário artificial na incontinência urinária masculina grave pós-prostatectomia**. Nesse relatório, foi reconhecida a superioridade do esfíncter artificial sobre a cirurgia *sling*, mas a deliberação final foi a seguinte: “Na reunião realizada aos 3 dias do mês de abril de 2013, a CONITEC deliberou, por unanimidade, não recomendar a incorporação do esfíncter urinário artificial para tratamento da incontinência urinária masculina grave pós-prostatectomia. Foi assinado o REGISTRO DE DELIBERAÇÃO Nº 42/2013 – Pela não incorporação da tecnologia. O plenário recomendou, concomitantemente, a elaboração de um protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT), contemplando toda a linha de cuidado da incontinência urinária masculina.

5. **Este procedimento aqui pleiteado é uma tecnologia acolhida pelas sociedades médicas, mas ainda não incorporada pelo SUS.**
6. Informamos que está em vigor o **Decreto Nº 4008-R, de 26 de agosto de 2016**, publicado no Diário Oficial do Estado do Espírito Santo em 30/8/2016, disciplinando procedimentos adotados por médicos e odontólogos vinculados à Secretaria de Estado da saúde – SESA. O Artigo 2º cuida de procedimentos e medicamentos não padronizados pelo SUS. A justificativa técnica deverá ser apresentada por meio de ferramenta informatizada. [www.sesa.es.gov.br](http://www.sesa.es.gov.br).
7. A situação em tela não pode ser definida como uma urgência médica, pois, de acordo com o Conselho Federal de Medicina, o termo urgência deve ser aplicado para agravo agudo em saúde que exija pronto atendimento. Isso não implica em retirar prioridade do caso do demandante, pois, sem dúvida, incontinência urinária traz constrangimento, desconforto, e queda na qualidade de vida.



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

---

8. Assim, este NAT sugere solicitar ao médico assistente o preenchimento do **Formulário para Prescrição de Demandas Não Padronizadas no SUS** (disponível no site [www.saude.es.gov.br](http://www.saude.es.gov.br) ); e assim, de posse do formulário preenchido, o autor deverá providenciar uma cópia, apresentar o original à Superintendência Regional de Saúde de Baixo Guandu, exigindo registro/protocolo na 2ª via, e aguardar a resposta formal;

**Obs:** link direto para o formulário:

<http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Judicialização/RELATORIO-MÉDICO-FORMATADO-01%2004%202016atual-1.pdf>

9. Se a resposta não for dada em prazo que respeite princípio de razoabilidade, ou se for negativa e o médico assistente não concordar com a negativa técnica, a judicialização estará justificada, podendo o MM juiz decidir com base no que for apresentado.

10. Este NAT se coloca a disposição para mais informações.

Atenciosamente,





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

---

**REFERÊNCIAS**

- BRASIL. Ministério da Saúde. SIG TAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
- **D'ANCONA, C.A.L.; CASTRO, N.; SABANEFF, J.; QUERNE, F.A.O.** Incontinência Urinária: Propedêutica. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 27 de junho de 2006. Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/6\\_volume/30-incontiurinprop.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/30-incontiurinprop.pdf)
- **ZAULI, C.** Retenção Urinária no Adulto. Sessões Científicas do Hospital Nove de Julho. São Paulo, 2009. Disponível em <http://pt.slideshare.net/cfzauli/reteno-urinrio-no-adulto>
- Hospital Sírio Libanês, urologia, Incontinência Urinária Masculina. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/hospital/especialidades/nucleo-avancado-urologia/Paginas/incontinencia-urinaria-masculina.aspx>
- Instituto da próstata e incontinência urinária; Disponível em: <http://www.institutodaprostata.com/incontinencia-urinaria-masculina/>
- Silva, Laercio Antônio et al; Implante de *sling* ajustável no tratamento da incontinência urinária pós-prostatectomia: revisão sistemática e meta-análise; Einstein (São Paulo) vol.17 no.4 São Paulo 2019 Epub Sep 23, 2019; disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082019000400400&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082019000400400&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)