



## Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 220/2022

Vitória, 17 de fevereiro de 2022

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas da Vara da Fazenda Pública Municipal e Estadual, Registros Públicos e Meio Ambiente de Guarapari – ES, requeridas pelo MM Juiz de Direito, Dr. Gustavo Marçal da Silva e Silva, sobre o procedimento: **Cirurgia de implantação de esfíncter urinário artificial.**

### I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerente é portador de neoplasia maligna da próstata, tendo sido submetido à intervenção cirúrgica (prostatectomia radical) no dia 15/10/2019, sem sinais de recidiva da doença. Entretanto, após a cirurgia o Requerente adquiriu incontinência urinária de esforço, sendo submetido a diversos tratamentos de fisioterapia, sem obter qualquer melhora clínica. Desta feita, em retorno ao médico, foi indicado a instalação de esfíncter artificial para controle da incontinência. Ocorre que tal procedimento não é coberto pelo SUS. Insta salientar que a incontinência vem atrapalhando o Autor a ter uma vida normal, necessitando assim da cirurgia com urgência, para que possa voltar a ter liberdade de se locomover sem se preocupar com a referida situação. Pelo exposto, recorre a via judicial.
2. Às fls. 12061701 (página 1) consta laudo fisioterapêutico emitido pela profissional



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

Fernanda Capistrano Melo, CREFITO 15/24504-F, emitido em 24/09/2021, em que descreve: “afirmo para os devidos fins que realizei pós-operatório no paciente citado acima, com atendimento de manutenção semanal. Iniciei tratamento em novembro/2019 até a presente data. Tratamento realizado (cinesioterapia CORE, eletroestimulação com eletrodo anal e neuromodulação sacral). Paciente não apresentou melhoras na incontinência urinária diurna (ao se levantar da cama / movimentos ao caminhar, diurese aumenta). Sugiro avaliação do quadro clínico”.

3. Às fls. 12062103 (página 1) consta declaração médica, emitida pelo Dr. Abílio de Castro Almeida, CRM MG 53489, em 04/09/2021, em papel timbrado do Hospital do Câncer, em que declara: “paciente portador de neoplasia, classificada sob CID C61, foi submetido a prostatectomia radical no dia 15/10/2019. Está em acompanhamento ambulatorial sem sinais de recidiva da doença. Apresenta incontinência urinária de esforço e necessita de cerca de 5 a 10 PADS ao dia o que lhe causa constrangimento social e incapacidade de trabalhar. Já está sendo tratado no serviço de fisioterapia em Guarapari com pouca melhora. Tem indicação de instalação de esfíncter artificial para controle da incontinência. O procedimento não tem cobertura pelo SUS”.

## **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.



## Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

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.

### DA PATOLOGIA

1. O termo **incontinência urinária (IU)** refere-se à queixa de qualquer perda de urina, que pode ser involuntária, provocada pelo indivíduo ou descrita por um cuidador. Essa perda involuntária de urina pode estar associada com a urgência e também com esforço ou esforço físico, incluindo atividades esportivas ou em espirros ou tosse. A IU é uma condição que afeta dramaticamente a qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico e social. A IU pode acometer indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos e de todos os níveis sociais e econômicos.
2. No homem é frequente a incontinência urinária (IU) após a ressecção transuretral da próstata (RTU) e a prostatectomia radical, utilizadas amplamente no tratamento do câncer da próstata. A frequência da incontinência urinária varia dependendo do tipo de cirurgia e da técnica cirúrgica, mas tende a melhorar de um a dois anos depois. Entretanto, alguns pacientes permanecem com incontinência urinária. Foi observado,



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

- pelo estudo urodinâmico, frequências elevadas (87%) de incontinência em pacientes pós-prostatectomia radical. Entretanto, outros autores relatam diferentes frequências, com grande variação de 0,5 a 87%.
3. A incontinência urinária após a prostatectomia radical é consequente de lesões esfínterianas que tornam a geometria da junção uretrovesical menos favorável para manter a continência urinária, gerando maior exigência do esfíncter uretral externo. Sendo a uretra prostática removida após a cirurgia, a estrutura que mantém a continência é o esfíncter urinário externo.
  4. A continência urinária depende da integridade do esfíncter interno no colo vesical; do mecanismo uretral passivo formado pelo segmento prostático e membranoso; do esfíncter externo no assoalho pélvico, que depende da integridade de fibras musculares estriadas de contrações rápidas, de caráter voluntário, que facilmente entram em fadiga. O esfíncter externo tem importância na continência durante aumentos súbitos da pressão intra-abdominal.
  5. Algumas situações têm sido responsabilizadas por contribuírem para a incontinência urinária pós-prostatectomia (IUPP) como, por exemplo, idade avançada, perda de sangue transoperatório, volume prostático, ressecção endoscópica prostática prévia, radioterapia prévia, preservação dos feixes nervosos e do colo vesical. Muitos destes fatores porém são controversos.
  6. A história e o exame físico continuam sendo de vital importância na avaliação do paciente incontinente. Sintomas tais como urgência, incontinência de urgência, polaciúria, jato fino e fraco são relevantes. A quantidade das perdas (número, tipo e peso das fraldas), sua associação com a posição corporal e com a intensidade do esforço, muitas vezes, sugerem o diagnóstico correto. A incontinência postural ou incontinência durante o sono geralmente significam insuficiência esfínteriana grave. A presença de micções ocasionais durante o dia sugere um mecanismo esfínteriano residual ainda funcionando. Obviamente, outros fatores predisponentes devem ser



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

descartados. Entre estes fatores podemos destacar: diabetes mellitus, doenças neurológicas, presença de incontinência fecal, medicamentos ou outras cirurgias pélvicas prévias. Um diário miccional, muitas vezes, ajuda a elucidar o problema.

7. Ao exame físico, é importante observar o tipo de perda com o paciente em posição ortostática (perda gravitacional X perda aos esforços). Cistoscopia, uretrocistografia e/ou ecografia transretal têm indicação ocasional, conforme a suspeita clínica (tecido prostático residual, estreitamento da anastomose vésico-uretral, estenose uretral, etc). A avaliação urodinâmica (UDN) é de extrema importância não somente para fazer o diagnóstico como também para orientar a terapêutica. Esta avaliação só deve ser feita após estabilização do quadro de incontinência. Os objetivos da avaliação são múltiplos. Ela serve para descartar hiperatividade detrusora, determinar a complacência vesical, o grau de incontinência de esforço (pesquisa da pressão de perda sob Valsalva), relacionar as perdas com a hiperatividade detrusora, diagnosticar obstrução urinária e determinar a capacidade contrátil do detrusor. Na avaliação esfinteriana, a eletromiografia não tem sido usada. No seu lugar é realizada a pesquisa de pressão de perda sob Valsalva (PPV). Esta pressão parece ser mais alta nos graus menores de incontinência, mas estes achados ainda aguardam confirmação por novos estudos.
8. O diagnóstico da IUPP é geralmente decorrente das seguintes situações (ou combinação das mesmas): insuficiência esfinteriana; disfunção vesical; obstrução infravesical.

### **DO TRATAMENTO**

1. A 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.
2. O tratamento deverá ser direcionado à causa diagnosticada ou à associação delas.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

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.
4. Dispositivos de oclusão da uretra peniana (clamps) desde que atraumáticos podem, eventualmente, ser utilizados.
5. Uma boa relação médico-paciente deve ser preservada, mantendo-se o paciente bem informado de sua situação e das possibilidades terapêuticas. As medidas comportamentais visam esclarecer o paciente sobre o funcionamento da bexiga e dos esfíncteres, visam instituir um controle da ingestão líquida, evitar substâncias que possam influenciar a diurese (álcool, cafeína, 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-ressocção endoscópica de próstata, e 33% em pacientes pós-prostatectomia radical.
6. Entretanto, os resultados deste 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.
7. A utilização de drogas anticolinérgicas está indicada nos casos de hiperatividade detrusora.
8. Quando a incontinência persiste após o tratamento conservador, não invasivo, está indicada uma terapêutica invasiva. A obtenção da continência pós-prostatectomia é



## Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

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 60 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.

9. Atualmente, o tratamento cirúrgico baseia-se em três procedimentos: injeções de agentes periuretrais, procedimentos de compressão uretral e **implante de um esfíncter artificial**. Vários outros procedimentos vêm sendo descritos ultimamente, mas o número reduzido de pacientes e o tempo de seguimento curto não permitem que eles sejam analisados.
10. Vários agentes periuretrais já foram utilizados, sendo os mais importantes o teflon, o colágeno, o silicone e a gordura. Os resultados são muito variados na literatura e a incidência de re-injeção é alta, o que aumenta o custo do procedimento.
11. Os procedimentos cirúrgicos que visam produzir compressão uretral datam do início do século passado. Várias técnicas foram descritas e empregadas como a plicatura da uretra ou sua compressão pelos corpos cavernosos. Foram também efetuadas a reorientação da crura, e utilizadas próteses compressoras perineais não fixada. Há relato de 70% de sucesso com uma prótese perineal de silicone em 86 pacientes. Os resultados em longo prazo deste tratamento pós-prostatectomia radical, contudo, não foram bons.
12. Ultimamente, surgiu um grande entusiasmo em torno dos slings perineais. Eles são mais simples de serem implantados e não inviabilizam a utilização posterior do esfíncter artificial em casos de falha. Pacientes submetidos a slings perineais urinam espontaneamente e não apresentam padrão urodinâmico de obstrução. Existe também evidência de que os slings perineais inabsorvíveis são superiores em longo prazo aos absorvíveis.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

13. O padrão-ouro de tratamento da IUPP é o esfíncter artificial, principalmente com as modificações que foram feitas sobre a cinta, as quais diminuíram a incidência de complicações importantes como atrofia e ou erosão uretral. As séries mais recentes mostram índices de continência de 80% e de satisfação de 90%. Os resultados em longo prazo são bons, com apenas 12% de reoperações em um seguimento de sete anos, em 113 pacientes.
14. O uso permanente de esteróides, radioterapia prévia, diabetes grave e cirurgia uretral prévia, são considerados fatores de risco para o implante de um esfíncter.

### **DO PLEITO**

1. **Cirurgia de implantação de esfíncter urinário artificial:** A indicação para aplicação do dispositivo Esfíncter AMS 800 é a incontinência urinária masculina grave em pacientes com câncer de próstata submetidos ao procedimento de prostatectomia radical.
2. O esfíncter urinário é um dispositivo implantável de elastômero de silicone sólido, cheio de líquido, utilizado para tratar a incontinência urinária, restabelecendo o processo natural de controle urinário. O dispositivo simula a função esfínteriana normal ao abrir e fechar a uretra sob o controle do paciente. É composto por três componentes interligados: uma manga oclusora, uma bomba e um balão regulador da pressão. Os três componentes estão ligados por tubos resistentes a dobras.
3. Atualmente, não há na tabela do Sistema Único de Saúde – SUS, o custeio do esfíncter artificial para tratamento cirúrgico da incontinência urinária grave pós-prostatectomia radical.





## Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

### III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente de 67 anos, que foi submetido a prostatectomia radical devido câncer de próstata e que evolui com incontinência urinária de esforço, sendo submetido a diversos tratamentos de fisioterapia, sem obter qualquer melhora clínica. Foi indicado a instalação de esfíncter artificial para controle da incontinência.
2. Dentre os arquivos disponibilizados, não constam laudos com descrição de tratamentos já realizados (comportamentais e/ou medicamentosos). Há menção apenas da ineficácia de fisioterapia. O laudo médico anexado é de profissional de Minas Gerais, sem outro documento que comprove consulta médica no SUS do Estado do Espírito Santo.
3. Não existe comprovação de avaliação clínica por profissional especialista (urologista) do Espírito Santo, tampouco histórico clínico dos tratamentos já instituídos e da justificativa de solicitação de esfíncter artificial em detrimento de outras alternativas cirúrgicas (como por exemplo, implante de sling). Necessário que o Requerente passe na Unidade Básica de Saúde de Referência de seu Bairro para avaliação e consiga encaminhamento para consulta com urologista para reavaliação quanto a necessidade desta prótese específica ou se poderá ser de outro tipo.
4. É importante informar que apenas o encaminhamento não é suficiente para que o Requerente tenha acesso à consulta, é necessário que ele se dirija ao setor de regulação do Município e solicite o cadastramento no sistema de regulação da Secretaria de Estado da Saúde, **sistema que organiza e controla o fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimiza a utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento, caso contrário o sistema não o identifica e não o coloca na fila. E cabe ao Município fazê-lo, independente se existe ou não profissional/serviço regulado.**
5. 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

---

6. Em conclusão, este Núcleo entende que a cirurgia pleiteada não é padronizada pelo SUS. Assim, sugerimos que a Secretaria de Estado da Saúde disponibilize uma consulta com médico urologista, para avaliação e indicação de terapêutica adequada ao caso. Cabe à Secretaria de Estado da Saúde disponibilizá-la, em um prazo que respeite o princípio da razoabilidade. Mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização da consulta, cabe a ele cadastrá-la no sistema de regulação, caso ainda não tenha cadastrado e acompanhar a tramitação até que seja efetivamente agendada e informar o Requerente.
7. Desta maneira, caso em consulta médica, seja confirmada a indicação de implante de esfíncter artificial, 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 20 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).
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 Vitória, exigindo registro/protocolo na 2ª via, e aguardar a resposta formal. 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.

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



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

### **REFERÊNCIA**

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica – Conitec – agosto/2019, disponível em [http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio\\_-Incontincia\\_Urinria\\_no\\_Neurognica\\_CP\\_47\\_2019.pdf](http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_-Incontincia_Urinria_no_Neurognica_CP_47_2019.pdf)

Lima CLM, Vaz FP, Müller V. Incontinência Urinária Pós-Prostatectomia: Tratamento. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Sociedade Brasileira de Urologia. 28 de junho de 2006.

Kakihara, CT, Sens, YAS e Ferreira, UEfeito do treinamento funcional do assoalho pélvico associado ou não à eletroestimulação na incontinência urinária após prostatectomia radical. Brazilian Journal of Physical Therapy [online]. 2007, v. 11, n. 6 [Acessado 17 Fevereiro 2022] pp. 481-486. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000600010>>. Epub 11 Dez 2008. ISSN 1809-9246. <https://doi.org/10.1590/S1413-35552007000600010>.

Esfíncter urinário artificial na incontinência urinária masculina grave pós-prostatectomia. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 61. Maio, 2013.