NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiza de Direito Dra. Maria Isabela Freire Cardoso
PROCESSO Nº.: 50075984420208130433
SECRETARIA: 1ª UJ - 2º JD
COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: A. I. S. O.

IDADE: 40 anos

PEDIDO DA AÇÃO:Procedimento cirúrgico SLINGE colpoperineoplastia anterior, com a utilização de KIT SLING TRANSOBTURATÓRIO

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 R 32, N 81.1

FINALIDADE / INDICAÇÃO:Como opção terapêutica substituta à opção terapêutica disponível na rede pública - SUS

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 17.034 e 79.476

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2020.0001859

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Requisição de informações acerca do procedimento pretendido, a patologia apresentada, bem como sobre o tratamento prescrito e competência para sua realização.

III - CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO:

Conforme relatórios médicos datado de 12/12/2018 e 21/10/2019, trata-se de AISO, **40 anos**, apresentando i**ncontinência urinária de mínimos esforços, rotura perineal de 2o grau com distopia vagina**l. Apresenta **perda da qualidade de vida e restrição ao domicílio, necessitando de tratamento cirúrgico para incontinência com sling utilizando o kit sling transorbituratório e colpoperineoplastia anterior.**

A incontinência urinária (IU) caracteriza-se por perda de urina de modo involuntário. A capacidade adequada de continência urinária, é obtida pela ação conjunta e harmoniosa de **estruturas do assoalho pélvico,** que inclui **músculos, nervos parassimpáticos simpáticos e somáticos que suportam a bexiga, útero e reto. O comprometimento de**ssas **estruturas com alterações da musculatura** do assoalho pélvico, **como o** músculo **detrusor, e incompetência/obstrução da uretra, culminam em perda involuntária de urina,** de forma transitória ou não.

A IU é condição que afeta dramaticamente a qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico, social e econômico, podendo acometer indivíduos de todas as idades, de ambos os sexos e de todos os níveis sociais e econômicos. Existe consenso que a IU **é responsável por grande constrangimento social, capaz de determinar** em alguns casos, **quadros de depressão, perturbação do sono, interferência na vida sexual, isolamento social, estresse, baixa autoestima, exclusão e/ou redução das atividades físicas que culminam em mudanças do hábito e qualidade de vida do paciente. Estima-se que uma a cada 25 pessoas pode sofrer de incontinência urinária ao longo da vida.**

Inúmeras **situações podem levar a IU.** A **identificação da etiologia é essencial para o tratamento adequado**. De maneira geral, **pode ser dividida de acordo com a etiologia em neurogênica (**ex. lesão medular, trauma cerebral ou medular, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral) **e não neurogênica** (ex. hiperatividade detrusora, insuficiência intrínseca do esfíncter uretral, cirurgias da próstata, número de gestações, menopausa, obesidade e prolapsos de órgãos pélvicos). **A bexiga neurogênica engloba as disfunções vesico-esfinterianas associadas** as **doenças neurológicas centrais e periféricas**, **a incidente ou a alguma**

questão congênita. Pode decorrer de deficiência ligada ao cérebro, à medula espinhal ou aos nervos ligados à bexiga ou ao esfíncter urinário. **São descritos dois tipos de bexiga neurogênica: a hipoativa, quando há incapacidade de se contrair e pode haver retenção da urina; e a hiperativa, quando é flácida e esvaziada por reflexos incontroláveis. A IU pode ser classificada de acordo com o tipo de incontinência em IU aos esforços (IUE), IU de urgência (IUU) e IU mista (IUM).** Se a **perda de urina ocorre ao tossir, espirrar ou correr, por exemplo, é chamada de IUE**. Tem-se **alteração na musculatura do assoalho pélvico, que suporta bexiga, útero e reto. É mais frequentes em mulheres caucasianas, com história familiar positiva, o que demonstra a participação de fatores hereditários** em sua etiologia e pode manifestar-se tanto na quinta ou sexta década de vida quanto em mulheres mais jovens. **As mulheres têm maior predisposição de desenvolverem esta condição por apresentarem uma menor capacidade de oclusão uretral. Tal fato se deve ao tamanho da uretra funcional feminina que é mais curta e a continência depender não somente do funcionamento esfincteriano adequado, mas também de elementos de sustentação uretral (músculos e ligamentos) e transmissão da pressão abdominal para o colo vesical.** Além disto **as mulheres apresentam duas falhas naturais no assoalho pélvico: o hiato vaginal e o hiato retal. Isso faz com que tanto as estruturas musculares que dão sustentação aos órgãos pélvicos produzindo a contração da uretra para evitar a perda urinária, quanto o músculo que forma um pequeno anel em volta da uretra, sejam mais frágeis nas mulheres.** Além das questões anatômicas, f**atores de risco podem predispor a IU** como prática de **atividades físicas de alto impacto**; **envelhecimento; gravidez e parto; obesidade; tabagismo; tosse crônica; doenças crônicas** dentre elas diabetes mellitus e quadros pulmonares obstrutivos; **procedimentos cirúrgicos de**

próstata ou parto vaginal; irradiação que lesem os nervos do esfíncter masculino, **doenças que comprimem a bexiga, tumores malignos e benignos**. A gravidez por si só, mesmo com cesárea, pode gerar mudanças permanentes nessa estrutura. **Na IUE o paciente apresenta perda de urina em situações de aumento da pressão intra-abdominal, tais como, tossir, espirrar, correr, rir, pegar peso, levantar da posição sentada ou até mesmo andar**. Em geral, não ocorrem perdas em repouso e durante o sono.

A IUU ocorre como consequência da hiperatividade detrusora (HD), que ocorre quando o músculo detrusor apresenta contração involuntária. Para a preservação da continência urinária, é fundamental que a bexiga apresente função normal e a pressão intravesical deve permanecer relativamente baixa e constante durante todo o seu enchimento. **Em pessoas com a sensibilidade vesical preservada, a HD leva a um desejo súbito e imperioso de urinar. Quando a contração vesical supera a capacidade de oclusão uretral gerada pelo esfíncter, ocorre a IUU**. Várias situações podem levar a hiperatividade detrusora, desde uma infecção urinária que irrita a mucosa vesical até uma alteração, identificável ou não, da inervação vesical. **Os sintomas mais comuns associados a IUU são urgência miccional, polaciúria e noctúria** (necessidade de acordar a noite devido a desejo miccional). **A IUM é uma combinação da IUE e IUU, ou seja, uma insuficiência de oclusão uretral associada à hiperatividade detrusora.**

O diagnóstico da IU baseia-se em critérios clínicos da queixa de perda de urina, do exame físico, além dos exames complementares. Deve ser **suspeitado com base na consulta e exame físico genital.** Em casos menos complicados teste invasivos e de imagem devem ser evitados. O uso de ultrassonografia pode ser útil para determinar o volume do resíduo miccional e a anatomia do sistema urinário, assim como a espessura da parede da bexiga. O estudo urodinâmico é essencial para verificar pressões de enchimento, esvaziamento e avaliação da complacência. Simula os

sintomas e detecta as contrações não inibidas.

A **IC não se trata de uma urgência clínica, pois se instala-se de modo lento e fora o incômodo da perda espontânea de urina, não oferece risco de vida ou de dano irreparável à pessoa. Seu tratamento, independente do tipo, envolve medidas conservadoras e invasivas que variam conforme o caso. O tratamento conservador deve ser a primeira linha da abordagem terapêutica e envolve abordagem medicamentosa, exercícios pélvicos reeducação comportamental, biofeedback e técnicas de estimulação elétrica ou magnética**. Muitos desses métodos, ainda que antigos, permanecem controversos na literatura médica, visto que ainda existem dúvidas quanto aos reais benefícios e efeitos colaterais de suas utilizações. Apesar disso, cabe ressaltar que, independente do método terapêutico recomendado, **é importante que o paciente incontinente seja submetido a reeducação comportamental. A terapia comportamental é um método seguro e reversível, não necessitando de equipamentos especiais, entretanto exigindo participação ativa do paciente, sendo primeira linha do tratamento conservador.** Ela **deve estabelecer mudanças dos hábitos de vida como perda de peso, controle da obesidade, diminuição do uso da cafeína e um ritmo miccional frequente** – de hora em hora, por exemplo – buscando aumentar o intervalo de tempo entre as micções. **O treinamento da musculatura do assoalho pélvico (TMAP) pode ser a primeira opção em pacientes portadoras de IUE e IUM,** pois **fundamenta-se na melhoria da resistência da uretra e do suporte das vísceras pélvicas, através do incremento da força de contração voluntária dos músculos do assoalho pélvico**. N**ão possui contraindicações nem efeitos colaterais** e apresenta **resultados expressivos na melhoria dos mecanismos de continência. O Biofeedback é considerado um tratamento adjunto para o TMAP,** pois

permite que os pacientes observem a contração dos MAP enquanto realizam os exercícios. Atua motivando os pacientes a conseguir uma contração muscular mais forte e, assim, estimula a adesão ao treinamento intensivo. **Ambas as técnicas são fisioterapia e devem realizados por profissional capacidado. Mulheres com ICE quando adequadamente selecionadas, quanto ao grau e à gravidade das perdas urinárias, e tratadas com exercícios perineais apresentam maiores taxas de melhora e cura dos sintomas. Entretanto nas formas moderadas a graves da IC de esforço o tratamento é basicamente a cirurgia, com taxa de sucesso de 96%. O guideline da** European Association of Urology (**EUA) de 2018, no caso de mulheres considera o tratamento cirúrgico para aquelas com IUE não complicada;** isso significa sem história de cirurgia prévia, sem doença neurológica acometendo o trato urinário inferior, **sem prolapso genital sintomático** e que não considerem engravidar. Nas mulheres com IUE complicada, dsfunção neurogênica do Trato Urinário Inferior e Prolapso as recomendações apresentam ressalvas quanto as modalidades cirúrgicas. Existem **várias técnicas cirúrgicas cirúrgica para IU de esforço por via abdominal ou vaginal. A escolha da técnica mais apropriada para cada caso sempre é um desafio, pois deve levar em consideração inúmeros fatores como: correto diagnóstico, índices de recidiva, integridade do sistema esfincteriano uretral e experiência do cirurgião**. A **correção cirúrgica via abdominal,** a colpofixação retropúbica, a**presenta excelentes resultados em médio prazo, mas também maior morbidade, maior tempo cirúrgico e de recuperação da paciente. A** correção cirúrgica **via vaginal pode ser realizada com a interposição de diversos tipos de fixação (sling) para sustentar o colo da bexiga.** A cirurgia de Sling que **insere reforço abaixo da bexiga para restabelecer o suporte vesical é minimamente invasiva, com pequenas incisões e**

melhores resultados. Porém a EUA recomenda fortemente o sling de uretra média para mulheres com IU não complicada, destacando que no sling de incisão única a paciente deve ser informada de que o resultado a longo prazo é incerto. Ainda destaca que o sling sintético secundário, colposuspensão ou sling autólogo como primeiras opções de tratamento na IUE complicada tem uma fraca recomendação e nesta situação a cirurgia de correção do prolapso deva ocorrer simultaneamente a para tratamento da IUE. A Sociedade Brasileira de Urologia em sua diretriz de 2014 considera que a cirurgia de sling pode ser usada em qualquer modalidade de IUE. Existem muitos **trabalhos que demonstram que diversos tipos de sling, sejam autólogos, sejam sintéticos, revelam que os resultados não apresentam diferença significativa e as complicações são as imediatas,** representadas por retenção urinária, cistites e perfuração vesical ou de vasos sanguíneos; **e as tardias,** que perfazem as disfunções miccionais, hiperatividade detrusora "de novo", infecções urinárias de repetição **e erosões nos casos dos slings sintéticos. A colpofixação retropúbica perdeu espaço para as cirurgias de sling por ter maior morbidade e demandar maior tempo de recuperação no pós-operatório. Todavia, os slings produzem mais disfunção miccional e cistites. A eficácia, contudo, é bastante semelhante, o que significa que a colpofixação retropúbica ainda pode ser indicada, na ausência da disponibilidade dos slings sintéticos ou minimamente invasivos.** O uso de medicamentos é reservado nos casos em que há falhas do tratamento de reabilitação e cirúrgico, tem resultado limitado, apresentando efeitos colaterais, custos altos e potenciais complicações, devendo ser evitado.

No Sistema Único de Saúde (**SUS**) o **Protocolo Clínico ou Diretriz Terapêutica da IU disponibiliza o tratamento comportamental e treinamento**

da musculatura do assoalho pélvico por meio dos exercícios perineais em serviços especializados, principalmente de ginecologia e geriatria e **cirurgia para tratamento de IU. As técnicas cirúrgicas oferecidas para o tratamento de incontinência urinária podem ser por via abdominal ou vaginal incluindo o sling autólogo (retirado do próprio paciente no momento da cirurgia), todas com bons resultados conforme dados da literatura, procedimentos descritos na tabela do Sigtab como:**

04.09.01.049-9 - Tratamento cirúrgico de incontinência urinária via abdominal
04.09.07.005-0 - Colperineoplastia anterior e posterior
04.09.07.027-0 -Tratamento cirúrgico de incontinência urinária via vaginal

O kit sling transorbituratório não é disponibilizado pelo SUS.

Conclusão: trata-se de paciente com **40 anos**, apresentando **IU mínimos esforços, rotura perineal de 2o grau com distopia vagina**l, com **perda da qualidade de vida e restrição ao domicílio. Necessita de tratamento cirúrgico para incontinência com sling utilizando o kit sling transorbituratório e colpoperineoplastia anterior.**

A IUE é condição que afeta dramaticamente a qualidade de vida, comprometendo o bem-estar físico, emocional, psicológico, social e econômico**. Não se trata de uma urgência clínica,** pois se instala-se de modo lento e **fora o incômodo da perda espontânea de urina, não oferece risco de vida ou de dano irreparável à pessoa.** O paciente **apresenta perda de urina em situações de aumento da pressão intra-abdominal, tais como, tossir, espirrar, correr, rir, pegar peso, levantar da posição sentada ou até mesmo andar**. **Seu tratamento,** independente do tipo, **envolve medidas conservadoras e invasivas.**

O tratamento conservador deve ser a primeira linha da abordagem terapêutica e envolve abordagem medicamentosa, exercícios pélvicos reeducação comportamental, biofeedback e técnicas de estimulação elétrica ou magnética. **É** um método **seguro e**

reversível, não necessitando de equipamentos especiais, entretanto exigindo participação ativa do paciente. O guideline da EUA de 2018, no caso de mulheres considera o tratamento cirúrgico para aquelas com IUE não complicada; isso significa sem história de cirurgia prévia, sem doença neurológica acometendo o trato urinário inferior, **sem prolapso genital sintomático** e que não considerem engravidar. **Nas mulheres com IUE complicada,** as recomendações **apresentam ressalvas quanto as modalidades cirúrgicas.** Existem **várias técnicas cirúrgicas cirúrgica para IU de esforço por via abdominal ou vaginal. A escolha da técnica mais apropriada para cada caso sempre é um desafio. A** correção cirúrgica **via vaginal pode ser realizada com a interposição de diversos tipos de fixação (sling) para sustentar o colo da bexiga.** A cirurgia de Sling que **insere reforço abaixo da bexiga para restabelecer o suporte vesical é minimamente invasiva, com pequenas incisões e melhores resultados. Porém a EUA recomenda fortemente o sling de uretra média para mulheres com IU não complicada,** destacando no **sling de incisão única o resultado a longo prazo é incerto. Ainda ressalta que o sling sintético secundário, colposuspensão ou sling autólogo como primeiras opções de tratamento na IUE complicada tem uma fraca recomendação e nesta situação a cirurgia de correção do prolapso deva ocorrer simultaneamente a para tratamento da IUE. A SBU** em sua **diretriz de 2014, considera que a cirurgia de sling pode ser usada em qualquer modalidade de IUE. Trabalhos demonstram que diversos tipos de sling, autólogos ou sintéticos, não apresentam resultados com diferença significativa. A colpofixação retropúbica e as cirurgias de sling tem eficácia bastante semelhante, o que significa que a colpofixação retropúbica ainda pode ser indicada, na ausência da disponibilidade dos slings sintéticos ou minimamente invasivos.**

No SUS o **Protocolo Clínico ou Diretriz Terapêutica da IU disponibiliza o tratamento comportamental e treinamento da musculatura do assoalho pélvico por meio dos exercícios perineais. As técnicas cirúrgicas oferecidas para o tratamento de incontinência urinária podem ser por via abdominal ou vaginal incluindo o sling autólogo** (retirado do próprio paciente no momento da cirurgia), **todas com bons resultados conforme dados da literatura, procedimentos descritos na tabela do Sigtab como:**

04.09.01.049-9 - Tratamento cirúrgico de incontinência urinária via abdominal

04.09.07.005-0 - Colperineoplastia anterior e posterior

04.09.07.027-0 -Tratamento cirúrgico de incontinência urinária via vaginal

O kit sling transorbituratório não é disponibilizado pelo SUS.

IV - REFERÊNCIAS:

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de recomendação Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Incontinência Urinária Não Neurogênica. Brasília, 2019.

2. Nardi AC, Nardozza Jr. A, Fonseca CEC, Bretas FFH, Truzzi JCCI, Bernardo WM. **Diretrizes urologia AMB**. Rio de Janeiro, 2014: SBU - Sociedade Brasileira de Urologia, 2014. 382P. Disponível em: http://sbu-sp.org.br/wp-content/uploads/2016/02/Livro_Diretrizes_Urologia.pdf.

3. Burkhard FC, Bosch JLHR, Cruz F, Lemack GE, Nambiar AK, Thiruchelvam N, Tubaro A, Ambühl D, Bedretdinova D, Farag F, Lombardo R, Schneider MP. Incontinência Urinára. **In:** European Association of Urology Pocket Guidelines. 18o edição. 2018. 466p. Disponível em: http://portaldaurologia.org.br/medicos/pdf/guidelines_EAU/Guideline_EAU_2018_port-web.pdf.

3. Syan R Brucker BM. Guideline of guidelines: urinary incontinence. **BJU Int** 2016; 117: 20–33. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/ bju.13187

4. Clement KD, Lapitan MCM, Omar MI, Glazener CMA. Urodynamic studies for management of urinary incontinence in children and adults. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2013, Issue 10. Art. No.: CD003195. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/ 14651858.CD003195.pub3/epdf/full.

5. Ministério da Saúde DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Disponível em: http://sigtap. datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimentoCompativel Consulta.jsp

V - DATA:

25/07/2020 NATJUS - TJMG