Nota Técnica 503389

Data de conclusão: 23/04/2026 19:41:15

Paciente

Idade: 76 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Vilhena/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 3ª Vara Cível de Vilhena

Tecnologia 503389

CID: N40 - Hiperplasia da próstata

Diagnóstico: hiperplasia da próstata

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: ressecção transuretral da próstata (RTU de próstata)

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: ressecção transuretral da próstata (RTU de próstata)

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: N/A.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: ressecção transuretral da próstata (RTU de próstata)

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: ressecção transuretral da próstata (RTU de próstata)

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O tratamento cirúrgico da hiperplasia prostática benigna (HPB) é indicado para pacientes com sintomas do trato urinário inferior refratários ao tratamento clínico ou com complicações associadas, como retenção urinária, infecções recorrentes, hematúria refratária ou insuficiência renal secundária à obstrução [2]. A ressecção transuretral (RTU) de próstata é considerada o padrão-ouro cirúrgico para o tratamento de HPB sintomática, especialmente em próstatas de pequeno a moderado volume [7]. O procedimento é realizado por via endoscópica, através da uretra, utilizando um ressectoscópio para ressecar o tecido prostático [7].
A mortalidade associada ao procedimento é baixa (<0,25%) [8]. As principais complicações incluem: hemorragia perioperatória (2,8% a 8%), retenção urinária pós-operatória (aproximadamente 5,5%), infecção do trato urinário (1,7% a 6,5%), estenose uretral (2,2% a 9,8%), incontinência urinária transitória (até 30% a 40% nos primeiros dias), incontinência permanente (<0,5%) [8-10].
Quanto à efetividade do procedimento, meta-análises recentes demonstram que a RTU proporciona reduções no IPSS (14-16 pontos), aumento no fluxo urinário e reduções no volume prostático (aproximadamente 200mL), num seguimento de 3 anos [7,11-12]. As taxas de reintervenção são baixas: 5% em 1 ano, 7-15% em 3-7 anos [7,13]. Em comparação com as demais técnicas minimamente invasivas, como a vaporização prostática com laser, a RTU apresenta eficácia superior ou semelhante [13].

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Ressecção transuretral próstata	Honorários damédicos, OPME, despesas hospitalares	1	R$ 12.000,00	R$ 12.000,00

* Com base em orçamento anexo ao processo (Num. 135128578 - Pág. 1).
A tabela acima foi construída com base no orçamento de menor valor informado pela parte autora para a realização do procedimento pleiteado. O valor total do procedimento de ressecção endoscópica de próstata que consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é de R$ 851,58. Já o valor do procedimento de consulta médica prevê o valor de R$ 10,00. Estes valores não representam os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão deste

procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: com a remoção do tecido prostático, espera-se alívio da retenção urinária, culminando com melhora da qualidade de vida.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: ressecção transuretral da próstata (RTU de próstata)

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Mesmo considerando-se o impacto deletério que a condição parece acarretar em funcionalidade e qualidade de vida da parte autora, reforça-se que se trata de um procedimento eletivo e disponível no SUS. A decisão de adiantar o tratamento de um paciente implicaria em atrasar o tratamento dos demais pacientes da fila, e portanto tal decisão exigiria conhecimento sobre todos os demais casos, sob risco de incorrer inadvertidamente em prejuízo aos demais pacientes e em quebra de equidade no uso do sistema de saúde.
Ainda que não estejam presentes no processo elementos que indiquem de fato urgência e que não fique comprovada desassistência ao paciente, é recomendado que o procedimento seja realizado com certa brevidade, sendo adequado informar qual a previsão de tempo de espera e quais as medidas de gerenciamento de fila que estão sendo utilizadas.
Nos manifestamos neste momento como desfavoráveis ao provimento jurisdicional do procedimento, na busca de viabilizar o procedimento por via administrativa, porém nos colocamos à disposição para reavaliação do pleito em caso de novas informações.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. AUA Practice Guidelines Committee. AUA Guideline on management of benign prostatic hyperplasia. Diagnosis and treatment recommendations. J Urol 2003; 170:530-47.

2. McVary KT, Roehrborn CG, Avins AL, et al. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia. J Urol 2011; 185:1793.

3. Verhamme KM, Dieleman JP, Bleumink GS; et al. Incidence and prevalence of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in primary care -the Triumph project. Eur. Urol. 2002; 42 (4): 323–8.

4. Nickel JC, Aaron L, Barkin J et al.Canadian Urological Association guideline on male lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia (MLUTS/BPH): 2018 update. Can Urol Assoc J. 2018;12(10):303-312.

5. Diretrizes Associação Médica Brasileira (AMB). Hiperplasia Prostática Benigna - Tratamento. 2016 [acesso em março de 2021]. Disponível em:

https://online.flippingbook.com/view/675975/

6. Kevin T McVary. Surgical treatment of benign prostatic hyperplasia (BPH). In UpToDate, https://www.uptodate.com/contents/surgical-treatment-of-benign-prostatic-hyperplasia-bph

7. Porto JG, Bhatia AM, Bhat A, et al. Transurethral resection of the prostate across continents: a meta-analysis evaluating quality of gold standard in the twenty-first century. World J Urol. 2025 Jan 24;43(1):85.

8. Reich O, Gratzke C, Bachmann A, et al. Morbidity, mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multicenter evaluation of 10,654 patients. J Urol. 2008 Jul;180(1):246-9.

9. Tasc? AI, Ilbey YO, Tugcu V, Cicekler O, Cevik C, Zoroglu F. Transurethral resection of the prostate with monopolar resectoscope: single-surgeon experience and long-term results of after 3589 procedures. Urology. 2011 Nov;78(5):1151-5.

10. Bucca B, Gozzi C, Gobbi LM,et al. The dark side of transurethral access for LUTS/BPH surgery: a narrative review. Asian J Androl. 2025 Jun 20.

11. Cornu JN, Ahyai S, Bachmann A, et al. A Systematic Review and Meta-analysis of Functional Outcomes and Complications Following Transurethral Procedures for Lower Urinary Tract Symptoms Resulting from Benign Prostatic Obstruction: An Update. Eur Urol. 2015 Jun;67(6):1066-1096.

12. McWilliams JP, Bilhim TA, Carnevale FC, et al. Society of Interventional Radiology Multisociety Consensus Position Statement on Prostatic Artery Embolization for Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: J Vasc Interv Radiol. 2019 May;30(5):627-637.e1.

13. Strope SA, Yang L, Nepple KG, Andriole GL, Owens PL. Population based comparative effectiveness of transurethral resection of the prostate and laser therapy for benign prostatic hyperplasia. J Urol. 2012 Apr;187(4):1341-5.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentação anexada aos autos (Num. 135128576 - Pág. 1), a parte autora possui diagnóstico de hiperplasia prostática benigna (HPB), com episódios de retenção urinária aguda, sendo o mais recente ocorrido em janeiro de 2026. Ademais, apresenta sintomas do trato urinário inferior, incluindo jato urinário fraco, esforço miccional, sensação de esvaziamento vesical incompleto e noctúria. Exame de ultrassonografia evidenciou próstata aumentada, com volume estimado em 73 g, além de sinais de bexiga de esforço e resíduo pós-miccional elevado, correspondente a 200 mL (Num. 135128575 - Pág.

12). Não foram identificados nos autos registros de tratamentos medicamentosos previamente realizados pela parte autora. Diante desse contexto, foi encaminhada para avaliação em urologia, em março de 2026, com vistas à realização do procedimento de ressecção transuretral da próstata, classificado sob risco vermelho (emergência) (Num. 135128575 - Pág. 2). Nesse contexto, a parte autora pleiteia judicialmente a realização do referido procedimento cirúrgico.

A hiperplasia prostática benigna (HPB) é uma das doenças mais comuns no homem idoso. O termo HPB se refere a uma definição histopatológica caracterizada pela hiperplasia de células epiteliais e estromais que se inicia na zona periuretral e na zona de transição da próstata. O quadro clínico típico desses pacientes inclui aumento da frequência miccional, noctúria (necessidade de urinar várias vezes durante a noite), intermitência, urgência, esforço miccional, jato urinário fraco e sensação de esvaziamento vesical incompleto. Esse conjunto de sintomas é classicamente denominado STUI (sintomas do trato urinário inferior). Nem todos os homens com evidência histológica de hiperplasia prostática benigna desenvolvem STUI. Além disso, nem todos os pacientes com evidência histológica de HPB e com STUI têm aumento prostático, do mesmo modo que o aumento prostático pode existir na ausência de STUI. Atualmente, reconhece-se que uma porção significativa dos sintomas é resultado de deficiência da musculatura detrusora relacionada à idade e não consequência de obstrução infravesical [1].

A decisão de tratar clinicamente a HPB equilibra a gravidade dos sintomas do paciente com os efeitos colaterais potenciais da terapia. A menos que os pacientes tenham desenvolvido obstrução da saída da bexiga, a HPB só requer terapia se os sintomas tiverem um impacto significativo na qualidade de vida do paciente. Os sintomas geralmente aparecem lentamente e progridem gradualmente ao longo de um período de anos. Mesmo sem terapia, muitos homens experimentam estabilização ou melhora dos sintomas ao longo do tempo [2]. A prevalência da HBP aumenta com a idade, e de forma geral para homens entre 46 e 70 anos de idade o risco de desenvolver a doença é de aproximadamente 45%. As taxas de incidência aumentam de três casos por 1000 homens na faixa etária de 45-49 anos, para 38 casos por 1000 na faixa etária dos 75-79 anos. Ao passo que as taxas de prevalência são de 2,7% para homens na faixa etária dos 45-49 anos, aumentando para 24% na idade dos 80 anos [3].

Os pacientes com sintomas leves (IPSS <7) devem ser orientados para modificação do estilo de vida e vigilância ativa. As opções de tratamento para pacientes com sintomas moderados de HBP (IPSS 8–18) e graves (IPSS 19–35) incluem vigilância ativa, modificação do estilo de vida, bem como tratamento farmacológico, terapias minimamente invasivas ou cirúrgicas [4].

Com relação ao tratamento farmacológico, recomenda-se os alfa- bloqueadores (doxazosina, tansulosina, etc) como opção terapêutica de primeira linha no tratamento dos sintomas da HBP [3]. Já os inibidores de 5-alfa-redutase (dutasterida, finasterida) podem ser prescritos a homens com sintomas do trato urinário baixo e próstata aumentada (>40 mL) ou PSA elevado (>1,6 ng/mL) e podem prevenir a progressão da doença, reduzindo a necessidade de cirurgia e retenção urinária aguda. Opções alternativas estão disponíveis para populações específicas de pacientes. Os inibidores da fosfodiesterase-5 podem ser uma opção em homens que também têm disfunção erétil. A combinação de alfa-bloqueadores e inibidores da 5-alfa-redutase é um tratamento efetivo para pacientes com STUI moderados a intensos, aumento do volume prostático (> 40 mL), PSA elevado (> 1,6 ng/mL) e fluxo urinário máximo reduzido. A terapia combinada é válida não apenas para alívio dos sintomas, mas, principalmente, para reduzir o risco de progressão da HPB, o que inclui, além do aumento do escore de sintomas, a ocorrência de retenção urinária, necessidade de tratamento cirúrgico, incontinência e infecção urinária e insuficiência renal [5].

A indicação mais comum para intervenção cirúrgica são sintomas miccionais moderados a graves atribuídos ao aumento prostático, refratários à terapia medicamentosa [6]. A maioria dos

procedimentos cirúrgicos é realizada através da uretra, usando um cistoscópio especializado, e a escolha entre os procedimentos disponíveis deve ser baseada no tamanho e formato da próstata, no risco de sangramento do paciente, na apresentação clínica e na consideração sobre possíveis efeitos colaterais sexuais [6]. Igualmente importante é a experiência e preferência do cirurgião urológico responsável pelo tratamento [6].