



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

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 321/2021

Vitória, 19 de março de 2021

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 2º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública de Vitória-ES, requeridas pela M.M. Juiz de Direito Dr. Bernardo Alcuri de Souza, sobre o procedimento: **cirurgia para correção de lesão do plexo braquial**.

I- RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Petição Inicial da Defensoria Pública, o Autor, 19 anos, sofreu acidente com motocicleta em dezembro de 2020, com fraturas graves em fêmur direito e úmero, além de lesão vascular, realizou procedimento cirúrgico com colocação de fixador externo, evoluiu com complicações no dia seguinte necessitando de nova intervenção cirúrgica, internação em UTI e hemotransfusão. Atualmente encontra-se acamado com diagnóstico de lesão de plexo braquial com necessidade de cirurgia. Motivo pelo qual recorre à via judicial.
2. Às fls. 14 consta laudo médico, emitido pelo Dr. Walter Fagundes, neurocirurgião, CRM ES 7178, datado 10/03/2021, descrevendo: paciente, 19 anos vítima de acidente motociclístico; em 01/12/2020, com fratura de úmero associada a lesão vascular e lesão do plexo braquial. Apresenta-se com monoplegia do membro superior direito, anestesia, associada a atrofia e dor neuropática de fundo, com paroxismos (EVA 10).



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

- A RM de plexo associado a eletroneuromiografia mostra lesão de grave intensidade no três troncos do plexo braquial a direita. Neste contexto, indicado tratamento cirúrgico para neurólise associado a transposição neural do plexo braquial a direita. CID S14.3
3. Às fls. 17, descrição cirúrgica ortopédica realizada em 02/12/2020 e assinada pelo Dr. Marcos Vinícius M. Semensato, ortopedista e traumatologista, CRM-BA 13330, descrevendo correção de fratura de úmero distal direito
 4. Às fls. 18, descrição cirúrgica vascular realizada em 21/12/2020 e assinada pela Dra. Andrea Silva Koeppe, cirurgia vascular, descrevendo correção de lesão vascular complexa de artéria e veia subclávia direita.
 5. Às fls. 22, consta espelho do prontuário do paciente em papel timbrado do Hospital Municipal de Teixeira de Freitas, com evolução do dia 15/12/2020, onde destaca-se que paciente foi vítima de acidente moto x carro, com fraturas de membro superior e inferior, lesão muscular com necrose de biceps, lesão de artéria e veia subclávia, realizou tratamento ortopédico com fixação da fratura. Evoluiu na enfermaria com quadro de rebaixamento sensorial, palidez cutânea, desorientação e instabilidade hemodinâmica, sendo solicitada transferência para a UTI. Admitido em estado gravíssimo, instável hemodinamicamente, realizada intubação oro-traqueal e iniciada bomba de noradrenalina. Apresentou boa evolução, porém com sinais de má perfusão de membro superior direito
 6. Às fls 23 à 27 , evoluções médicas do dia 16/12/2020 ao dia 18/12/2020 durante internação no Hospital Municipal de Teixeira de Freitas.
 7. Às fls. 28, evolução médica do dia 18/12/2020, onde destaca-se que paciente apresentou sangramento profuso em membro superior direito, solicita hemotransfusão, hemograma e Rx de membro superior, além de propedêutica da cirurgia vascular.
 8. Às fls. 30 à 40, evoluções médicas tanto da UTI como da enfermaria durante internação.



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

9. Às fls. 41, relatório cirúrgico emitido em 19/12/2020 pelo ortopedista Dr. Sérgio Silva de Freitas, descrevendo cirurgia para correção de síndrome compartimental em membro superior direito
10. Às fls. 42 à 88, cópias de prontuários, médicos, prescrições médicas e descrições cirúrgicas do período que paciente ficou internado.
11. Às fls. 89, laudo de ressonância magnética em 20/01/2021, constando: Exame parcialmente prejudicado pela presença de placa de fixação gerando artefatos de suscetibilidade magnética na topografia da clavícula, pela presença de artefatos de movimentação e pela impossibilidade do paciente em realizar todos as sequências previstas (o mesmo referia muita dor). Nas porções visualizadas da coluna cervical, não há adequada caracterização da raiz direita de C7, ao nível foraminal C6-C7, notando-se nesta topografia formação sacular ovalada regular que apresenta sinal semelhante ao liquor, que se estende por aproximadamente 2 cm. Pequena formação sacular de sinal semelhante ao Liquor é também observada justa-medial ao forame, de conjugação direito em C7 -D1, que se insinua junto ao forame de conjugação, sendo que a raiz direita de C8 é bem identificada ao nível deste forame. Demais raízes neurais emergentes preservam espessura e intensidade de sinal habitual. Edema discreto espessamento do tronco inferior e divisão posterior do plexo braquial. Os demais componentes do plexo braquial não demonstram alterações significativas, porém esta análise está prejudicada pelos artefatos previamente descritos. Nota-se importante edema que compromete os ventres musculares na região escapular. Estruturas ósseas de morfologia e intensidade de sinal habitual. Estruturas vasculares sem alterações significativas. Não se observa a realce significativo pelo material do contraste.
12. Às fls. 90 à 135, cópias de prontuários, médicos, prescrições médicas, descrições cirúrgicas e resultados de exames laboratoriais, do período que paciente ficou internado.

II – ANÁLISE



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

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:

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. **Lesão em nervos do plexo braquial:** As lesões do plexo braquial podem resultar dos mais diversos mecanismos de trauma, principalmente acidentes motorizados em homens jovens e paralisia perinatal. O exame físico pode evidenciar desde lesões parciais até lesões completas de todo o plexo, resultando em flacidez generalizada do membro.
2. A gravidade da lesão do plexo braquial é determinada pelo tipo de dano do nervo, havendo vários sistemas de classificações diferentes para classificar a gravidade dos



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

das lesões dos nervos periféricos e do plexo braquial. De acordo com a classificação de Seddon (1943), existem três tipos principais de lesão de fibras nervosas que indicam se há continuidade do nervo:

- 2.1. **Neuropraxia** (a forma mais branda de lesão do nervo, em que existe uma interrupção da condução nervosa, sem perda da continuidade do axônio, isto é ocorre lesão parcial do nervo);
- 2.2. **Axoniomitose** (existe a degeneração axonal, com perda da relativa continuidade do axônio e sua cobertura de mielina, mas a preservação da estrutura do tecido conectivo do nervo estão preservadas, isto é, ocorre lesão total do axônio e parcial do nervo);
- 2.3. **Neurotmeze** (é a forma mais grave da lesão do nervo, em que o nervo é completamente interrompido pela tração, contusão ou laceração, isto é, ocorre lesão total do nervo cuja recuperação só se dá com cirurgia, com resultado imprevisível).
3. Os traumas de PB provocam disfunção tanto por lesão neurológica quanto por desenvolvimento de dor no membro afetado. A dor, nesses casos, pode ocorrer por três mecanismos: dor neuropática em lesões pós-ganglionares; dor devido a avulsão radicular; ou dor simpático mediada.
4. Os traumas de plexo braquial em adultos, na maioria das vezes, são decorrentes de mecanismos de tração sobre as estruturas nervosas, sendo os acidentes motociclísticos o tipo de atividade mais frequentemente associada a essas lesões. Esse mecanismo provoca avulsão radicular na maioria dos casos. A maioria dos pacientes apresenta algum tipo de lesão em outros órgãos ou sistemas.

DO TRATAMENTO

1. O atendimento inicial visa a identificar a presença de paralisia, mas o manejo completo deve ser precoce e realizado por equipe especializada com exames



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

eletrodiagnósticos e de imagem adequados.

2. O tipo de tratamento e o momento ideal para realizá-lo dependem inteiramente do mecanismo da lesão. Enquanto algumas lesões devem ser tratadas imediatamente, outras requerem um período de observação (semanas há meses) para que possa ocorrer regeneração espontânea, sem necessidade de cirurgia. Por isso, **é da maior importância que os pacientes sejam vistos por um cirurgião de nervos periféricos o mais precocemente possível após a lesão, para evitar a frustração de uma incapacidade permanente consequente a uma espera demasiado longa antes de procurar tratamento especializado.**
3. A necessidade para o tratamento cirúrgico da lesão do plexo braquial, dependerá do grau de regeneração preliminar: cerca de dois terços dos casos recuperam espontaneamente ao longo dos primeiros meses. **Costuma-se esperar pelo menos por três meses antes de qualquer intervenção cirúrgica, visando recrutamento de fibras nervosas.** Por vezes é necessário a utilização de órtese e tipoias. O tratamento das lesões do plexo braquial inclui terapia ocupacional e fisioterapia para prevenir contraturas e para fortalecer os músculos de funcionamento. Algumas lesões do plexo braquial podem curar sem tratamento.
4. **Em traumas fechados, a cirurgia está indicada entre o terceiro e o sexto mês após o trauma. Não há evidência de vantagens em casos operados antes do terceiro mês, exceto em casos de lesões abertas ou lesões vasculares.**
5. O desfecho dos resultados mudou de forma considerável após a introdução das transferências de nervo por microcirurgia, hoje considerada o melhor tratamento nos casos graves. Com o desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, em especial a microcirurgia, os resultados têm sido mais satisfatórios sob o ponto de vista funcional.

DO PLEITO:



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

1. Cirurgia para lesão de plexo braquial

III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente, 19 anos, apresentou lesão grave de membro superior com necessidade de reconstrução vascular, além de lesão muscular grave e lesão de plexo braquial.
2. Verificamos que apesar do relato de lesão neurológica com alteração da eletroneuromiografia, não identificamos tal exame em anexo. Destacamos que existem inúmeros fatores a serem analisados para decisão terapêutica da lesão do plexo braquial, dentre eles a extensão da lesão, tempo transcorrido, viabilidade da musculatura e condições clínicas do paciente.
3. Considerando que trata-se de um paciente jovem com politrauma grave, com exame de imagem que corrobora com o diagnóstico de lesão nervosa e avaliação do especialista(neurocirurgião) em clínica privada com indicação de cirurgia; **entendemos que o procedimento pleitado(neurólise com transposição neural) é uma opção terapêutica para o paciente. Este núcleo sugere que o requerente seja encaminhado para uma consulta com neurocirurgião em serviço de referência do SUS que realize procedimentos cirúrgicos neurológicos complexos**, cabendo a este profissional avaliar o paciente pessoalmente e definir a melhor técnica cirúrgica a ser empregada, assim como o prazo para realização do mesmo.
4. O procedimento pleiteado é oferecido pelo SUS – microcirurgia para correção de plexo braquial, um procedimento de alta complexidade, inscrita sob o código 04.03.02.004-2 – microcirurgia de plexo braquial com microenxertia segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS.
5. A solicitação do procedimento deve ser realizado pelo Município e cabe a Secretaria



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

de Estado da Saúde disponibilizar a avaliação e o procedimento cirúrgico que for indicado.

6. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, **considerando o lapso temporal desde o trauma(aproximadamente 3 meses), e o fato de que o procedimento cirúrgico para reconstrução neural não pode ser adiado por longo período, sob o risco de insucesso do procedimento,** entende-se que deva ser disponibilizada a consulta com especialista **com brevidade.**





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

REFERÊNCIAS

SILVA, J.L.B. et al. Lesão do plexo braquial. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (3): 344-349, jul.-set. 2010. Disponível em: www.amrigs.com.br/revista/54-03/019-540_lesoes_do_plexo.pdf.

BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE- SIG TAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.

Plexo braquial. Aula de Anatomia. Disponível em:
<http://www.auladeanatomia.com/neurologia/braquial.htm>.

SIQUEIRA, M.G.; MARTINS, R.S. Surgical treatment of adult traumatic brachial plexus injuries. Arquivos de Neuropsiquiatria.2011;69(3):528-535. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/anp/v69n3/a23v69n3.pdf>.