



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 384/2021

Vitória, 29 de março de 2021

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

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas da Vara Única de Laranja da Terra – MM Juiz de Direito Dr. Luciano Antônio Fiorot – sobre: **eletro-neuromiografia.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial a Requerente apresenta fibromialgia (CID 10 M797) e a artrite reumatoide (CID 10 M068) desde 2013. Em razão de diversos sintomas, a saber: espasmos musculares, câimbra, dor em MMII crônica, edema de mãos, lombalgia, cervicalgia crônica e equimoses espontâneas em membros, a Dra. Isabela Schunk S. Bullerjhan solicitou à Secretaria de Saúde Estadual a realização do exame Eletro-neuromiografia, a fim de elucidar se os referidos sintomas seriam a evolução negativa das comorbidades já conhecidas ou o surgimento de novas doenças.
2. Às fls. 09 consta laudo médico SUS emitido em 11/03/21, com as seguintes informações: paciente apresenta, mesmo em uso regular de diversas medicações, os seguintes sintomas: dor crônica em MMII, lombalgia, cervicalgia, espasmos musculares e



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

câimbras, fibromialgia, artrite reumatoide, ansiedade generalizada, fobia social. Portanto, necessita realização do exame eletroneuromiografia para elucidação diagnóstica das comorbidades.

3. Consta espelho do SISREG, com solicitação do exame eletroneuromiografia em 29/06/18, com hipótese diagnóstica de síndrome do túnel do carpo. Esta solicitação se encontra em situação PENDENTE no Sistema.

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:

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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. A **Fibromialgia** é uma das doenças reumatológicas mais frequentes, cuja característica principal é a dor musculoesquelética difusa e crônica. Deve ser reconhecida como um estado de saúde complexo e heterogêneo no qual há um distúrbio no processamento da dor associada a outras características secundárias.
2. A completa compreensão da Fibromialgia requer uma avaliação abrangente da dor, da função e do contexto psicossocial. Além da dor é importante avaliar a gravidade dos outros sintomas como fadiga, distúrbio do sono, do humor, da cognição e o impacto destes sobre a qualidade de vida do paciente.
3. De acordo com a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, **dor** é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial. A dor pode ser aguda (duração inferior a 30 dias) ou crônica (duração superior a 30 dias), sendo classificada segundo seu mecanismo fisiopatológico em três tipos: a) dor de predomínio nociceptivo, b) dor de predomínio **neuropático** e c) dor mista. A dor de predomínio nociceptivo, ou simplesmente dor nociceptiva, ocorre por ativação fisiológica de receptores de dor e está relacionada à lesão de tecidos ósseos,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

musculares ou ligamentares e geralmente responde bem ao tratamento sintomático com analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroides (AINES).

4. Inexistem dados disponíveis no Brasil sobre a prevalência de dor crônica. Dados norte-americanos mostram que 31% da população têm dor crônica, acarretando incapacidade total ou parcial em 75% dos casos. Apesar dos grandes avanços tecnológicos, a escala visual analógica (EVA) ainda é o melhor parâmetro de avaliação da intensidade da dor. Solicita-se ao paciente que assinale a intensidade de seus sintomas em uma escala de 0 a 10, correspondendo o zero a ausência de dor e o 10 a pior dor imaginável.
5. A escala de dor *Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs* – LANSS é um instrumento capaz de distinguir com boa confiabilidade uma dor de predomínio nociceptivo, neuropático ou misto, já existindo validação para o português do Brasil. A escala vai de 0 a 24 pontos e consta de duas seções: uma que explora os aspectos qualitativos e outra os aspectos sensitivos da dor.
6. A dor nociceptiva é a dor na qual há dano tecidual demonstrável (osteoartrose, artrite reumatoide, fratura e rigidez muscular na dor lombar inespecífica, etc.). Na escala de dor LANSS, esse tipo de dor corresponde a escores inferiores a 8 pontos. A dor neuropática é a dor em que existe lesão ou disfunção de estruturas do sistema nervoso periférico ou central. Para esse tipo de dor são fundamentais a presença de descritores verbais característicos (queimação, agulhadas, dormências), uma distribuição anatômica plausível e uma condição de base predisponente, como diabetes ou quimioterapia. Na escala de dor LANSS, os escores são superiores a 16 pontos. A dor mista é a dor com escore entre 8 e 16 pontos na escala de dor LANSS, indicando lesão simultânea de nervos e tecidos adjacentes, como ocorre na gênese da dor oncológica, dor ciática e síndrome do túnel do carpo.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

7. Os pacientes com dor crônica frequentemente sofrem de depressão e esta condição deve ser prontamente tratada.
8. **Síndrome do túnel do carpo (STC):** é uma condição clínica resultante da compressão do nervo mediano no túnel do carpo, consistindo na mais frequente síndrome compressiva de nervos periféricos com prevalência de 9,2% nas mulheres e 0,6% nos homens e pico de incidência entre 50 e 59 anos.
9. Os sinais e sintomas clínicos mais comuns da STC são: dor, hipoestesia e parestesia no território de sensibilidade do nervo mediano (particularmente no polegar, dedo indicador e médio e face radial do dedo anular), com piora noturna dos sintomas. Caracteristicamente, os sintomas de parestesia e dor noturna acordam o paciente durante o sono e melhoram com uso de tala para imobilização do punho e com movimentos da mão e do punho. A dor pode ter irradiação proximal para o braço e ombro. O paciente pode referir sintomas motores como a diminuição de força de preensão e, em estágios mais graves, pode-se observar hipotrofia da musculatura tenar.
10. O diagnóstico da STC é eminentemente clínico e determinado pela história e exame físico minucioso, mas exames complementares que demonstrem fatores físicos, neurofisiológicos, radiológicos e alterações laboratoriais, podem fortalecer a hipótese diagnóstica.
11. A análise neurofisiológica é um exame operador-dependente que inclui o estudo de condução nervosa eletroneuromiográfica (ENMG), sendo o padrão no diagnóstico de STC com sensibilidade entre 49 e 84% e especificidade entre 95 e 99%. No entanto, a introdução de agulhas no músculo durante o exame é invasivo e pode ser doloroso, causando relutância em alguns pacientes. Quando o diagnóstico clínico de STC é duvidoso, a eletromiografia pode ajudar, desde que haja comprometimento substancial das fibras nervosas; a eletromiografia positiva confirma



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

a suspeita clínica de STC, mas, se negativa, não a afasta. Além disso, o equipamento para a ENMG é relativamente caro e só pode ser encontrado em determinados centros de serviços de saúde.

DO TRATAMENTO

1. Apesar de conhecida há muito tempo, a **Fibromialgia** vem sendo pesquisada seriamente somente há três décadas e até o momento não existem tratamentos que sejam considerados muito eficazes.
2. A estratégia para o tratamento ideal da Fibromialgia requer uma abordagem multidisciplinar com a combinação de modalidades farmacológicas e não-farmacológicas.
3. Dentre as medidas não-farmacológicas, programas individualizados de alongamento ou de fortalecimento muscular e terapias, como fisioterapia ou relaxamento, podem ser indicados em alguns pacientes.
4. Analgésicos simples e opiáceos leves podem ser considerados para o tratamento da Fibromialgia, ao contrário dos opiáceos potentes que não são recomendados. É também recomendado o uso do Tramadol como monodroga, assim como sua associação ao Paracetamol, considerada igualmente efetiva. Também está recomendado o uso de neuro-moduladores, dentre eles a Gabapentina e a Pregabalina.
5. Alguns autores desenvolveram propostas de algoritmo baseada na análise dos ensaios clínicos de melhor qualidade disponíveis, valorizando a relação risco- benefício dos fármacos através de indicadores indiretos como o NNT (Número Necessário de Pacientes a Tratar) e o NNH (Número de Pacientes a Tratar para que apareça a retirada do paciente do estudo por efeitos adversos), onde foram priorizadas terapias que apresentavam um NNT mais baixo e o NNH mais elevado. Apesar da limitação destes critérios, esta



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

análise indica que os antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina foram os que apresentaram o menor NNT, seguidos dos analgésicos opioides e os anticonvulsivantes (Gabapentina e Pregabalina).

6. O tratamento de primeira linha para **dor crônica** inclui os analgésicos e AINES (anti-inflamatórios não esteroidais). O uso de opioides deve ficar reservados aos pacientes refratários aos demais fármacos. Os pacientes com dor crônica frequentemente sofrem de depressão esta condição deve ser prontamente tratada com o uso de antidepressivos.
7. Os fármacos relaxantes musculares podem ser utilizados apenas por curto período em casos de dor crônica agudizada. O uso crônico é, portanto, desaconselhado. Em relevante meta-análise, foram reunidos 30 ensaios clínicos randomizados, dos quais 23 apresentavam excelente qualidade, incluindo relaxantes musculares benzodiazepínicos e não benzodiazepínicos no tratamento da lombalgia aguda. Ao final, os autores concluíram que todos os tipos de relaxantes musculares foram superiores ao placebo no alívio agudo da lombalgia, apresentando um risco relativo de 0,80 (IC 95%; 0,71- 0,89) para ocorrência de dor entre 2-4 e 0,49 (IC 95%; 0,25-0,95) para eficácia global.
8. No entanto, os efeitos adversos foram frequentes, especialmente sonolência e tontura (RR= 2,04; IC 95%; 1,23-3,37), inviabilizando seu uso por longo prazo. Consequentemente, relaxantes musculares são desaconselhados nos casos de dor crônica.
9. A base do tratamento da **dor neuropática e outras dores crônicas** refratárias aos analgésicos e AINES envolve portanto o uso de medicamentos antidepressivos tricíclicos e antiepiléticos na maioria dos casos, sendo os opioides reservados somente a pacientes com dor a eles refratária. A primeira escolha, portanto, para os casos de dor neuropática e outras dores crônicas, são os medicamentos antidepressivos tricíclicos, não



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

havendo diferença em termos de eficácia entre os representantes do grupo. Se não houver resposta ao tratamento, devem ser associados antiepilépticos tradicionais (como a gabapentina) e morfina, obedecendo à seguinte sequência:

- Antidepressivos tricíclicos;
- Antidepressivos tricíclicos + antiepilépticos tradicionais;
- Antidepressivos tricíclicos + gabapentina;
- Antidepressivos tricíclicos + gabapentina + morfina.

10. Ressalta-se ainda, que atividade física regular, terapia cognitiva comportamental, terapia com calor local, massagem, reabilitação e/ou fisioterapia podem ser utilizados em pacientes com todos os tipos de dor (nociceptiva, neuropática ou mista) conforme a capacidade física do doente e sob supervisão de profissional habilitado. **Uma meta-análise concluiu que esses tipos de tratamentos não farmacológicos são alternativas eficazes no tratamento de dores musculares ou nociceptivas.**

11. O tratamento da **síndrome do túnel do carpo** leva em conta o grau de comprometimento da doença. Se for leve, indica-se colocação de uma órtese para imobilizar o punho e o uso de anti-inflamatório não-hormonal. O uso da tala noturna proporciona melhora dos sintomas da STC e da função da mão. Se não houver melhora, aplica-se corticóides dentro do canal do carpo.

12. A fisioterapia é recomendada e o profissional deve orientar o paciente a realizar alongamento de flexores de dedos e punho, com isso ocorre melhora da função e aumento na formação de líquido sinovial auxiliando a lubrificação dos tendões, fâscias adjacentes e bainhas (tendões lubrificados diminuem o atrito entre as bainhas evitando a inflamação).



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

13. Após esgotadas as possibilidades de tratamento clínico, é indicada cirurgia para abrir o canal comprimido e liberar o nervo mediano, por meio de um corte do ligamento carpal transversal. A opção da técnica cirúrgica a ser utilizada para o tratamento da STC deve embasar-se na experiência do cirurgião e nas expectativas de cada paciente, pois a evidência atual demonstra não haver superioridade de uma técnica específica. Entretanto há evidências de que o tratamento cirúrgico (cirurgia aberta) proporciona melhores resultados, quando comparados aos pacientes tratados conservadoramente.

DO PLEITO

1. **Eletroneuromiografia** – É um exame utilizado por neurologistas e neurofisiologistas na avaliação dos nervos e músculos, dividido em duas partes: o estudo da condução nervosa e a eletromiografia de agulha. A eletroneuromiografia avalia a função dos nervos periféricos, da junção neuromuscular e dos músculos. É importante na investigação de lesões focais como radiculopatias, plexopatias, entre outras neuropatias traumáticas e compressivas. Também é útil para o diagnóstico das polineuropatias e mononeurites múltiplas e na investigação de fraqueza muscular de origem periférica (distúrbios da junção neuromuscular, miopatias e doenças da ponta anterior da medula). Por meio deste exame, é possível detectar distúrbios no sistema nervoso periférico permitindo sua localização e caracterização, o que ajuda no direcionamento da investigação etiológica da doença, podendo ainda fornecer informações quanto ao prognóstico da lesão.
2. A Eletroneuromiografia é um Procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 02.11.05.008-3, sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (**Tabela SIGTAP**).



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Em relação à patologia da Requerente o parecer técnico fica prejudicado pela escassez de informações, pois não constam informações a respeito do tratamento fisioterápico realizado. Na solicitação do exame não consta detalhamento do pedido, levando-se em consideração que o diagnóstico da síndrome do túnel do carpo é essencialmente clínico.
2. Caso o médico assistente tenha dúvida no diagnóstico da requerente, ou esteja pensando em outras causas de mononeuropatias, o exame pleiteado pode ajudar a esclarecer. Se der positivo confirma a síndrome, porém se der negativo não afasta a doença. Outros exames mais rápidos e de menor custo ajudariam nesse diagnóstico como a ultrassonografia de punho.
3. **Assim, este NAT conclui que o exame pleiteado consiste em opção para o caso em tela, caso a Requerente não tenha obtido sucesso com o tratamento conservador ou se o médico assistente tenha como objetivo realizar diagnóstico diferencial com outras mononeuropatias, lembrando que outra opção mais rápida e de menor custo seria a ultrassonografia de punho.**
4. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho federal de Medicina), mas há que considerar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que diz:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a **100 (cem) dias para consultas e exames**, e de **180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos**”. (grifo nosso)



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo



REFERÊNCIAS

Belloti JC, Santos JBG, Faloppa F, Flores LP, Kimaid PAT. **Síndrome do Túnel do Carpo: Tratamento. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar (AMB e ANSS)**. Autoria: Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia; Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica.

Michel Chammas, Jorge Boretto, Lauren Marquardt Burmann, Renato Matta Ramos , Francisco Carlos dos Santos Neto e Jefferson Braga Silva. **Síndrome do túnel do carpo – Parte I (anatomia, fisiologia, etiologia e diagnóstico)- Artigo de Revisão**. Rev bras ortop (RBO). 2014; 49(5):429–436.

João Rodrigues de Oliveira Filho, Aline Cristina Rodrigues de Oliveira. **Síndrome do túnel do carpo na esfera trabalhista – Revisão de literatura**. Rev Bras Med Trab. 2017;15(2):182-92.

Emril DR1, Zakaria I2, Amrya M1: **Agreement Between High-Resolution Ultrasound and Electro-Physiological Examinations for Diagnosis of Carpal Tunnel Syndrome in the Indonesian Population**. Front Neurol. 2019 Aug 26;10:888. doi: 10.3389/fneur.2019.00888. ECollection 2019.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

SOLTANI AM, et al: **A systematic review of the literature on the outcomes of treatment for recurrent and persistent carpal tunnel syndrome.** *Plast Reconstr Surg.* 2013 Jul;132(1):114-21.

SHI Q E MACDERMID JC: **Is surgical intervention more effective than non-surgical treatment for carpal tunnel syndrome? A systematic review.** *J Orthoped Surg Res.* 2011 Apr 11;6:17.

ZABEU, J.L.A. et al. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina Artrose de Joelho: Tratamento Cirúrgico. 30 de setembro de 2007

LETAIF, Olavo Biraghi et al. Comparação funcional entre revisão de artroplastia de joelho séptica e asséptica. *Acta ortop. bras.* [online]. 2009, vol.17, n.3 [cited 2013-03-04], pp. 159-161 . Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php> .

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Projeto Diretrizes. Osteoartrite (Artrose): Tratamento. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/077.pdf>. Acesso em 29 março 2021.