



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 818/2021

Vitória, 27 de junho de 2021.

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e Fazenda Pública de Vitória – ES, requeridas pela MM Juíza de Direito, Dra. Nilda Márcia de Almeida Araújo, sobre o procedimento: **exame de paquimetria, de videolaringoscopia, de campimetria computadorizada ou manual com gráfico, de retinografia colorida binocular, de gonioscopia, de densitometria óssea, de curva tensional diária, consulta com otorrinolaringologista, oftalmologista, reumatologista, neurocirurgião e neurologista.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerente, de 49 anos, informa que possui um quadro clínico complexo que vem se deteriorando, sendo que sua condição atual vem implicando em perda de visão, com suspeita desta intercorrência advir de um possível diagnóstico de glaucoma, dores crônicas decorrentes de hernias e esclerose nos tubérculos maiores umerais, o que motiva a necessidade de seu acompanhamento contínuo de especialidades médicas de oftalmologia, neurologia, reumatologia e frequentes exames. Alega que os exames e consultas pleiteadas não atendidos. Por fim, alega, que após tentar por via administrativa, sem êxito, não restou alternativa senão o ajuizamento da presente demanda.
2. Às fls. 8066891 (1) consta laudo ambulatorial individualizado – BPAI, datado de



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

- 17/04/2014, solicitando o exame de paquimetria. Informando que a Requerente apresenta diminuição progressiva da visão em ambos os olhos. Assinado pela médica oftalmologista, Dra. Adriana Maria Drummond Brandão, CRM ES 5560.
3. Às fls. 8066888 (1) consta guia de especialidade - BPAI, datado de 08/10/2018, solicitando consulta em otorrinolaringologista geral, informando que a Requerente é tabagista há 15 dias, tem doença do refluxo gastroesofágico em tratamento. Disfonia progressiva a 60 dias. Assinado pela médica, Dra. Carolina Assis Mantovani, CRM ES 10802.
 4. Às fls. 8066885 (1) consta guia de especialidade – BPAI, datado de 09/01/2019, solicitando exame de videolaringoscopia, informando que a Requerente é tabagista há 15 dias, apresentando rouquidão frequente com episódios de disfonia. Assinado pela médica otorrinolaringologista, Dra. Betina Mameri Pereira, CRM ES 10106.
 5. Às fls. 8066879 (1) consta guia de especialidade – BPAI, datado de 09/02/2018, solicitando consulta em oftalmologista especialista em glaucoma, informando que a Requerente apresenta diminuição da visão e alterações sugestivas de glaucoma. Assinado pela médica oftalmologista, Dra. Adriana Maria Drummond Brandão, CRM ES 5560.
 6. Às fls. 8066877 (1) consta guia de especialidade – BPAI, datado de 15/03/2018, encaminhando a Requerente ao reumatologista, informando que a Requerente apresenta cervicalgia, lombalgia com irradiação para membros inferiores, dor crônica sem resposta ao tratamento. Assinado pela médica, Dra. Carolina Assis Mantovani, CRM ES 10802.
 7. Às fls. 8066870 (1) consta guia de especialidades – BPAI, datado de 26/04/2019, solicitando o exame de campimetria. Informando que a Requerente apresenta diminuição da acuidade visual e alterações a esclarecer. Suspeita de glaucoma; Assinado pela médica oftalmologista, Dra. Adriana Maria Drummond Brandão, CRM ES 5560.



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

8. Às fls. 8066855 (1) consta guia de especialidade – BPAI, datado de 21/02/2020, solicitando o exame de retinografia binocular, informando que a Requerente apresenta diminuição da visão e alterações sugestivas de glaucoma. Assinado pela médica oftalmologista, Dra. Adriana Maria Drummond Brandão, CRM ES 5560.
9. Às fls. 8066701 (1) consta guia de especialidade – BPAI, datado de 21/02/2020, solicitando o exame de gonioscopia, informando que a Requerente apresenta diminuição da visão e alterações sugestivas de glaucoma. Assinado pela médica oftalmologista, Dra. Adriana Maria Drummond Brandão, CRM ES 5560.
10. Às fls. 8066700 (1) consta guia de especialidade – BPAI, datado de 04/11/2020, solicitando consulta em neurologista geral, informando que a Requerente queixa-se de cefaleia, em pontada e latejante, com início à 6 dias. Sem melhora com medicamento. Vômito. Associa a cervicalgia. Exame neurológico normal. Assinado pela médica, Dra. Carolina Assis Mantovani, CRM ES 10802.
11. Às fls. 8066697 (1) consta guia de especialidade – BPAI, datado de 04/05/2021, solicitando exame de densitometria óssea, informando que a Requerente apresenta dores crônicas e usuária de medicamentos analgésico, ansiolíticos e antidepressivos. Osteoporose idiopática. Assinado pelo médico ortopedista, Dr. Luiz Augusto Bittencourt Campinhos, CRM ES 7342.
12. Às fls. 8066693 consta guia de especialidade – BPAI, datado de 26/04/2019, solicitando curva tensional diária, informando que a Requerente apresenta diminuição da visão e alterações sugestivas de glaucoma. Assinado pela médica oftalmologista, Dra. Adriana Maria Drummond Brandão, CRM ES 5560.

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



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

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 Portaria Nº 3128 de 24 de dezembro de 2008**, define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e serviços de Reabilitação Visual, e define pessoa com deficiência visual aquela que apresenta baixa visão ou cegueira.
3. **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 **Glaucoma** refere-se a um grupo de doenças, que tem em comum uma neuropatia óptica, manifestada por escavação e atrofia do disco óptico, associadas às alterações características no campo visual, sendo a elevação na Pressão Intraocular (PIO) o principal fator de risco. Dessa forma causa consideráveis prejuízos aos cidadãos e impacto econômico à sociedade. Contudo, os danos causados pelo glaucoma podem ser prevenidos através do diagnóstico precoce e do acompanhamento e tratamento adequado.



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

2. O tipo mais frequente é o **glaucoma** crônico de ângulo aberto. Sua incidência é de 1 a 2% na população geral, aumentando após os 40 anos, podendo chegar a 6 ou 7% após os 70 anos de idade. O acometimento é bilateral, na maioria dos casos. Sabe-se que o caráter hereditário dá aos parentes de 1º grau 10 vezes mais chances de desenvolver a doença. Estima-se que existam aproximadamente 900 mil brasileiros glaucomatosos.
3. Na propedêutica do diagnóstico de Glaucoma alguns exames devem ser realizados, como: tonometria de aplanção (exame da medida da pressão intraocular), fundo de olho (exame para avaliar se existe dano do nervo óptico gerado pelo glaucoma), gonioscopia (exame para classificar o tipo de glaucoma), Perimetria (campo visual), exame que avalia se ocorreu perda da visão periférica e Paquimetria (mede a espessura da córnea)
4. A **lombalgia** é definida como dor e desconforto localizados entre a margem costal e a prega glútea inferior, com ou sem dor na perna. Em 60% dos casos pode haver dor irradiada para o membro inferior, e esse quadro é chamado de **lombociatalgia**, que pode ser de origem radicular (exemplo: compressão por hérnia de disco) ou referida (exemplo: dor miofascial).
5. As principais etiologias da **lombociatalgia** são:

a) Protrusão discal

Cerca de 90% dos casos de ciatalgia lombar estão relacionados a um processo inflamatório sobre a raiz nervosa causada pela reação inflamatória consequente a aumento de pressão intradiscal e protrusão do disco intervertebral no interior do canal vertebral.

b) A Hérnia de Disco

É a extrusão da massa discal que se projeta para o canal medular através da ruptura do anel fibroso do disco. As causas mais comuns estão os fatores genéticos e as situações em que o indivíduo se exponha à vibração por tempo longo, associada à sustentação de cargas altas. Entre os fatores ocupacionais associados ao maior risco de dor lombar



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

estão: trabalho físico pesado, postura no trabalho estática, trabalho repetitivo, levantar empurrar e puxar cargas altas, etc. Nesta fase as dores são mais intensas e prolongadas com irradiação para os **membros inferiores** que já podem apresentar alteração da sensibilidade e diminuição de força que são variáveis e dependem de cada caso.

A hérnia de disco mais comum é a ocorrida entre as vértebras L5 e S1, sendo por sua vez, a responsável pela maioria das **lombociatalgias**. A articulação sacro- lombar (L5 – S1) corresponde ao ponto de equilíbrio do corpo humano, sendo assim, problemas assimétricos no quadril comumente resultam em problemas por toda extensão do corpo.

O diagnóstico é feito por meio do exame físico, com o quadro clínico apresentado pelo paciente, com a radiografia, a qual evidencia diversos problemas relacionados ao surgimento da lombociatalgia, como: escoliose; diferença de comprimento entre os membros; alterações sacro- ilíacas; hiperlordose lombar; espondilólise; estreitamento do espaço entre as vértebras L5 e S1; sacro horizontalizado.

O diagnóstico também é feito além da avaliação clínica associada, os exames de imagem que consistem em raio X simples, tomografia computadorizada e **ressonância magnética, sendo o último o exame mais indicado para o diagnóstico correto da patologia**. A sensibilidade da ressonância magnética para o diagnóstico de hérnia de disco é de 91,7%.

c) Estenose de canal vertebral

Condição que pode ser congênita, na minoria dos casos e degenerativa, na maioria, em que o diâmetro do canal vertebral está entre 10 e 12mm secundário ao espessamento ósseo das lâminas e facetas articulares, hipertrofia do ligamento amarelo, ossificação ligamento longitudinal posterior e hiperlordose. Tal condição está relacionada à compressão nervosa mecânica e também a insuficiência vascular e isquemia relativa.

d) Síndrome pós-laminectomia



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

Cerca de 10 a 40% dos pacientes que são submetidos a cirurgia de coluna lombar para alívio de dor, independente da técnica cirúrgica utilizada, evoluem com dor crônica neuropática no membro inferior que é responsável por perda da qualidade de vida. Tal condição tem etiologia multifatorial e está relacionada a eventos pré, intra e pós-operatórios.

e) Síndrome do piriforme

6. Cerca de 6% dos casos de ciatalgia lombar podem ser relacionados à síndrome do piriforme. Tal condição está relacionada à compressão do nervo ciático pelo músculo piriforme ou mesmo pelo tendão desse músculo no assoalho pélvico. Isso ocorre quando há hipertrofia, inflamação ou variação anatômica do músculo.
7. Os dados da anamnese e do exame físico devem formular hipóteses diagnósticas, que devem ser confirmadas com os exames complementares. Os sintomas de alertas são indicadores de investigação por meio de exames de imagem, como tomografia computadorizada e Ressonância nuclear magnética (padrão ouro), devem ser considerados para tentar excluir casos de fraturas, infecções, tumores. Contudo, devem ser indicados de acordo com a anamnese/exame físico e valorizados se forem compatíveis com o quadro clínico.
8. O tratamento de eleição das lombociatalgias é sempre conservador em sua maioria, englobando o repouso, a perda de peso, mudanças de hábito de vida, entre elas atividade física específica, uso de calçados adequados etc. Além disso o uso de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides para o controle da dor. Os casos que não respondem se pode optar pelo uso de corticoides, inclusive infiltrações nas discopatias;
9. O tratamento cirúrgico está reservado para aqueles casos que não respondem ao tratamento conservador ou que apresentem déficit neurológico grave agudo, como na Síndrome da Cauda Equina;
10. Instituto de Tratamento da Coluna Vertebral, criou um programa de tratamento pioneiro, denominado Reconstrução Músculo Articular da Coluna Vertebral (RMA). É



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

um programa fisioterapêutico que utiliza técnicas de Fisioterapia Manual, mesa de tração eletrônica, mesa de descompressão dinâmica. Estabilização Vertebral e Exercícios de Musculação. Ele visa melhorar o grau de mobilidade músculo-articular, diminuir a compressão no complexo disco vértebras e facetas, dando espaço para nervos e gânglios, fortalecer os músculos profundos e posturais da coluna vertebral através de exercícios terapêuticos específicos enfatizando o controle intersegmentar da coluna lombar, cervical, quadril e ombro. Todas as técnicas do programa têm evidências científica;

11. Tratamento conservador: visa o fortalecimento das estruturas da coluna, adiando ou às vezes até mesmo evitando o tratamento cirúrgico. Está indicado para os quadros clínicos leve e moderado. Dentre os tratamentos conservadores destacam-se o repouso e o uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides na fase aguda, a fisioterapia na fase pós-aguda e exercícios físicos para o fortalecimento da musculatura vertebral alongamento e melhora da mobilidade da coluna, tais como flexão, extensão, abdominal e exercícios na água. Existe também alternativa de realizar procedimentos de injeção de medicamentos anti-inflamatórios ou anestésicos estrategicamente aplicadas, aliviando dores locais e irradiadas;
12. Se as dores se tornam intratáveis, se aparecem déficits neurológicos ou se a claudicação neurológica limita a mobilidade do paciente, uma intervenção cirúrgica é recomendada. O objetivo principal do procedimento cirúrgico é a descompressão de todos os tecidos nervosos comprimidos, pela ablação de osso e de tecidos moles que contribuam para a estenose dos recessos laterais e do canal raquidiano central.
13. A **doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)** é uma das afecções mais frequentes na prática médica, sendo a afecção orgânica mais comum do tubo digestivo. Trata-se de uma afecção crônica decorrente do fluxo retrógrado do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes a ele, acarretando um espectro variável de sintomas e/ou sinais esofagianos e/ou extraesofagianos, associados ou não



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

a lesões teciduais. As principais manifestações clínicas típicas da DRGE são: pirose (referida pelo paciente como azia) e regurgitação ácida.

14. O diagnóstico da DRGE é realizado através de cuidadosa anamnese, que pode ser seguida de exames subsidiários (endoscopia, exame radiológico contrastado do esôfago, cintilografia, manometria, pHmetria de 24 horas, teste terapêutico). O exame endoscópico, embora apresente uma sensibilidade de cerca de 60%, pela facilidade de sua execução e disponibilidade na maioria dos centros médicos em nosso meio, é o método de escolha para o diagnóstico das lesões causadas pelo refluxo gastroesofágico. Permite avaliar a gravidade da esofagite e realizar biópsias quando necessário; como, por exemplo, nos casos de complicações do refluxo gastroesofágico (úlceras, estenose péptica e esôfago de Barrett). Quando, porém, a endoscopia não revelar alterações da mucosa, dependendo da intensidade dos sintomas, teste terapêutico ou outros exames, particularmente a pHmetria de 24 horas, podem ser empregados. Endoscopia e PHmetria complementam-se e estão indicados nos RGE que não evoluem bem com tratamento clínico e são importantes no julgamento da necessidade de tratamento cirúrgico.

15. A exposição contínua de material ácido no esôfago leva, a longo prazo, às **complicações da DRGE:**

a) **Úlcerações:** a presença de esofagite grave pode levar a úlceras e erosões na parede do esôfago, causando grande desconforto

b) **Estenose do esôfago:** a inflamação do esôfago pode ser tão grande que o edema (inchaço) formado no local pode dificultar a passagem de alimentos. O doente queixa-se de sensação de bolo na garganta e de impactação dos alimentos ingeridos.

c) **Dismotricidade esofágica:** o esôfago é um órgão muscular que através de contrações sequenciais empurra o alimento ingerido em direção ao estômago. Ao contrário do que possa parecer, não é a gravidade que leva a comida para baixo. Ela com certeza ajuda,



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

mas podemos engolir de cabeça para baixo que ainda assim, a comida chega ao estômago.

Com a inflamação crônica causada pela agressão ácida, a inervação e a musculatura do esôfago começam a ter dificuldades na sincronização dos movimentos, dificultando o transporte de alimentos da boca ao estômago, colaborando também para os sintomas de impactação e bolo na garganta.

d) Esôfago de Barrett: a agressão crônica às células do esôfago pelo ácido estomacal faz com que elas sofram transformações e passem a ter características de células intestinais. A essa alteração estrutural do tecido esofágico damos o nome de esôfago de Barrett. Essas células alteradas apresentam maior risco de transformação em câncer, podendo levar ao adenocarcinoma do esôfago. Portanto, um refluxo contínuo, levando à esofagite, é um fator de risco para câncer do esôfago.

16. Na maioria das vezes o refluxo gastroesofágico e a esofagite são diagnosticados pela endoscopia digestiva alta. É importante salientar que até 25% dos pacientes com refluxo podem tê-lo de forma leve, não apresentando alterações à endoscopia digestiva. Uma endoscopia normal não descarta o diagnóstico de DRGE

17. Gravidade da esofagite

Existem 2 classificações que visam graduar a gravidade das lesões no esôfago a partir dos achados na endoscopia digestiva alta:

1) Classificação de Savary-Miller = Varia de 0 a 5. Quanto maior o grau mais grave é a lesão, sendo o grau 5 indicativo de esôfago de Barret.

2) Classificação de Los Angeles = Varia de A a D, sendo A a lesão mais simples e D a mais grave.

18. **Cefaleia** é um sintoma muito prevalente, sendo considerado o segundo tipo mais frequente de dor em estudos epidemiológicos mundiais. Também é um sintoma que



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

tem um custo elevado para os pacientes, familiares, sociedade e para os serviços de saúde em geral, comprometendo a qualidade de vida dos que sofrem com esse problema. As cefaleias primárias, entre elas a enxaqueca e a cefaleia do tipo tensional são classificadas como sendo cefaleias disfuncionais. É importante entender porque esses dois distúrbios não podem ser vistos como dores somáticas, neuropáticas ou viscerais.

19. As cefaleias de longa duração que se apresentam num consultório médico são, geralmente, cefaleias primárias. São doenças que interferem muito na qualidade de vida, mas também podem provocar problemas graves de saúde se vierem associadas a uso excessivo de medicações sintomáticas: problemas de estômago, fígado, rins, hematológicos, piora das cefaleias existentes entre outros tantos menos frequentes.
20. Segundo Rasmussen (3) a prevalência de cefaleia, ao longo da vida, chega a 93% nos homens e 99% nas mulheres e cerca de 40% das pessoas têm cefaleia com certa regularidade. Estima-se que 5% a 10% da população procuram médicos intermitentemente devido à cefaleia.
21. As cefaleias segundo sua etiologia podem ser classificadas em primárias e secundárias. As cefaleias primárias são as que ocorrem sem etiologia demonstrável pelos exames clínicos ou laboratoriais usuais. As principais são a enxaqueca, também conhecida como migrânea, a cefaleia do tipo tensional e a cefaleia em salvas. As cefaleias secundárias são as provocadas por doenças. Nestes casos, a dor seria consequência de uma doença clínica ou neurológica. Citam-se como exemplo, as cefaleias associadas às infecções sistêmicas, disfunções endócrinas, intoxicações, meningites, encefalites, hemorragia cerebral, lesões expansivas etc.
22. É de extrema importância a distinção entre esses dois tipos de cefaleia — primária ou secundária —, pois enquanto as primeiras interferem na qualidade de vida, por serem crônicas, as segundas podem ter complicações graves e mesmo fatais, na dependência da etiologia da doença causadora da cefaleia.



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

DO TRATAMENTO

1. Para tratamento do **Glaucoma**, os fármacos mais usados na redução da PIO são todos tópicos, na forma de colírio, e podem ser classificados em 7 categorias principais: Betabloqueadores; Parassimpaticomiméticos; Adrenérgicos; Inibidores da anidrase carbônica; Análogos das prostaglandinas; Prostamidas; e Derivados docosanóides. O medicamento de **primeira linha** para o tratamento do **glaucoma** é o **Timolol**.
2. Utiliza-se um dos medicamentos (em monoterapia) de 2^a linha (Dorzolamida, Brinzolamida, Brimonidina ou Pilocarpina) nas seguintes situações:
 - Contraindicação precisa ao uso do Timolol;
 - Em pacientes que com o uso de Timolol não atingiram redução de pelo menos 10% nos valores de PIO em relação aos valores observados no pré-tratamento.
 - Poderá ser associado ao uso do Timolol um dos medicamentos de 2^a Linha quando em monoterapia com o Timolol for atingida a redução de 10% da PIO porém sem ser atingida a pressão alvo.
3. Utiliza-se uma das drogas (em monoterapia) de 3^a linha (Latanoprosta, Travoprostá ou Bimatoprostá) nas seguintes situações:
 - Falha terapêutica da Associação Timolol + medicamento de 2^a Linha;
 - Falha terapêutica de monoterapia com medicamento de 2^a Linha.
 - PIO no momento do diagnóstico superior a 30mmHg

Nestas situações deve ser considerada a realização de cirurgia ou laser.
4. Poderá ser associado o uso do Timolol a um dos medicamentos de 3^a Linha quando o uso do medicamento de terceira linha isolado for insuficiente para reduzir a PIO em pelo menos 40% ou caso ainda não tenha sido atingida a pressão alvo.
5. Poderá ser associado o uso de um medicamento de 2^a Linha a um dos medicamentos de 3^a Linha quando o uso do medicamento de 3^a Linha isolado for insuficiente para



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

reduzir a PIO em pelo menos 40% e houver contra- indicação clínica para o uso de beta- bloqueador (timolol), como em pacientes cardiopatas.

6. O tratamento de eleição das **lombociatalgias** é sempre conservador em sua maioria, englobando o repouso, a perda de peso, mudanças de hábito de vida, entre elas atividade física específica, uso de calçados adequados etc. Além disso o uso de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides para o controle da dor. Os casos que não respondem se pode optar pelo uso de corticoides, inclusive infiltrações nas discopatias;
7. O tratamento cirúrgico está reservado para aqueles casos que não respondem ao tratamento conservador ou que apresentem déficit neurológico grave agudo, como na Síndrome da Cauda Equina;
8. Instituto de Tratamento da Coluna Vertebral, criou um programa de tratamento pioneiro, denominado Reconstrução Músculo Articular da Coluna Vertebral (RMA). É um programa fisioterapêutico que utiliza técnicas de Fisioterapia Manual, mesa de tração eletrônica, mesa de descompressão dinâmica. Estabilização Vertebral e Exercícios de Musculação. Ele visa melhorar o grau de mobilidade músculo-articular, diminuir a compressão no complexo disco vértebras e facetas, dando espaço para nervos e gânglios, fortalecer os músculos profundos e posturais da coluna vertebral através de exercícios terapêuticos específicos enfatizando o controle intersegmentar da coluna lombar, cervical, quadril e ombro. Todas as técnicas do programa têm evidências científica;
9. Tratamento conservador: visa o fortalecimento das estruturas da coluna, adiando ou às vezes até mesmo evitando o tratamento cirúrgico. Está indicado para os quadros clínicos leve e moderado. Dentre os tratamentos conservadores destacam-se o repouso e o uso de analgésicos e anti-inflamatórios não esteroides na fase aguda, a fisioterapia na fase pós-aguda e exercícios físicos para o fortalecimento da musculatura vertebral



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

alongamento e melhora da mobilidade da coluna, tais como flexão, extensão, abdominal e exercícios na água. Existe também alternativa de realizar procedimentos de injeção de medicamentos anti-inflamatórios ou anestésicos estrategicamente aplicadas, aliviando dores locais e irradiadas;

10. Se as dores se tornam intratáveis, se aparecem déficits neurológicos ou se a claudicação neurológica limita a mobilidade do paciente, uma intervenção cirúrgica é recomendada. O objetivo principal do procedimento cirúrgico é a descompressão de todos os tecidos nervosos comprimidos, pela ablação de osso e de tecidos moles que contribuam para a estenose dos recessos laterais e do canal raquidiano central.
11. **O tratamento clínico da DRGE** tem como objetivo o alívio dos sintomas, a cicatrização das lesões e a prevenção de recidivas e complicações. Envolve orientações dietéticas, comportamentais (evitar o tabagismo e a ingestão de bebidas alcoólicas), utilização de medicamentos antiácidos, inibidores de receptores H₂ da histamina, inibidores da bomba de prótons e medicamentos pró-cinéticos.
12. Os medicamentos utilizados atualmente para o tratamento da doença do refluxo são os inibidores da bomba de prótons (IBP), que agem bloqueando as células que produzem o ácido gástrico, aliviando os sintomas e permitindo cicatrização das lesões. Esses medicamentos podem ser usados por 4 a 8 semanas para tratamento da esofagite, mas por vezes é necessário seu uso contínuo para manutenção dos resultados.
13. Outros medicamentos que podem ser usados para auxiliar no tratamento são os procinéticos (domperidona, bromoprida), que aumentam um pouco a pressão da válvula antirrefluxo e aceleram o esvaziamento do estômago, diminuindo a chance do refluxo.
14. A maioria DRGE pode ser controlada através de medicamentos, mas há situações em que a cirurgia está indicada para o tratamento.
15. A indicação cirúrgica depende da resposta ao tratamento clínico e da extensão/gravidade da lesão subjacente, e a técnica operatória a ser utilizada também dependerá da anatomia da lesão e da correspondente disfunção.



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

16. Atualmente, a cirurgia para tratamento da doença do refluxo é feita por videolaparoscopia. São cinco pequenas incisões, de 5 ou 10 mm, feitas no abdome. Por essas incisões são inseridos uma microcâmera e finos instrumentos que são usados para reposicionar o estômago no abdome, tratando a hérnia de hiato, e para envolver o esôfago com parte do estômago, formando um mecanismo valvular antirrefluxo conhecido como funduplicatura.
17. A indicação absoluta do tratamento cirúrgico na DRGE diz respeito às complicações da doença. Vários fatores devem ser analisadas antes de se propor a operação para os portadores de esôfago de Barrett (EB), sendo a idade, a extensão da lesão, a presença e o grau de displasia os mais importantes.

18. **Cefaleia:**

a) Enxaqueca: O tratamento da enxaqueca se divide em: tratamento da crise e tratamento profilático e, em geral, os dois são prescritos para os pacientes. Pode-se optar apenas pelo tratamento da crise quando elas forem esporádicas. Mas, quando as crises são frequentes (três ou mais por mês), incapacitantes e/ou muito prolongadas (dois a três dias de duração) o tratamento recomendado é o profilático.

Se o paciente percebe a crise ainda na fase dos sintomas premonitórios e/ou da aura, o tratamento da crise pode ser feito nessas fases, com isso pode-se evitar as fases seguintes, de dor e sintomas autonômicos, que são as mais incapacitantes.

Atualmente o tratamento da crise dolorosa é feito com medicações específicas modeladas em laboratório para essas finalidades denominadas triptanos. Os triptanos são os abortivos de crise enxaquecosa mais utilizados em todo mundo por serem mais eficazes com menores efeitos colaterais. Podem-se prescrever também anti-inflamatórios não esteroidais ou analgésicos comuns desde que sejam suficientes para abortar a cefaleia.

O tratamento profilático está indicado quando as crises se tornam muito frequentes e/ou o uso de abortivos é maior que 8 doses por mês. O objetivo do tratamento



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

profilático é diminuir a hiperexcitabilidade neuronal presente nos enxaquecosos. O tratamento profilático é diário e pode durar anos. Utilizam-se várias classes de drogas com essa finalidade: beta-bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, anti-serotonínicos, antidepressivos tricíclicos, antiepiléticos ou neuromoduladores.

b) Tensional (CTT): A cefaleia do tipo tensional episódica (CTTE) é a mais frequente das cefaleias primárias tendo prevalência global de 42%. O pico ocorre na quarta década. Na cefaleia do tipo tensional episódica 55% dos pacientes são mulheres. A CTT crônica (CTTC, 15 ou mais dias/mês) tem prevalência bem menor. Está presente em cerca de 2% dos homens e 3% das mulheres. Enquanto que a prevalência da CTTE diminui com a idade, a CTTC aumenta. Hormônios sexuais influenciam bem menos a CTT em comparação com a enxaqueca.

O quadro clínico da CTT se caracteriza por uma cefaleia fraca ou de moderada intensidade, não pulsátil, sendo em aperto ou pressão e, na maioria das vezes, bilateral. Pode ser frontal, occipital ou holocraniana. A dor pode melhorar com atividades físicas. Surge, em geral, no final da tarde, depois de um dia extenuante de trabalho, físico ou mental. Está relacionada ao estresse físico (cansaço, exagero de atividade física, especialmente no calor e sol), muscular (posicionamento do pescoço no sono ou no trabalho) ou emocional. Por vezes, há hiperestesia e hipertonia da musculatura pericrânica que pode ser percebida com a palpação cuidadosa.

A fisiopatologia é complexa e menos compreendida que a da enxaqueca, mas há fatores encefálicos (semelhantes aos da enxaqueca sem aura) e periféricos (contração sustentada da musculatura pericrânica) envolvidos. É possível que a cefaleia do tipo tensional e a enxaqueca tenham muitos passos fisiopatológicos em comum. A teoria do "continuum" coloca a cefaleia do tipo tensional numa extremidade e na outra estaria a enxaqueca com aura. Esta teoria está alicerçada pela clínica, com a presença de formas intermediárias de crises. Alguns pacientes apresentam ora crises enxaquecosas ora crise de cefaleia do tipo tensional, típicas. Outras teorias admitem que a CTT seja outra doença e privilegia fatores periféricos. Dor miofascial na musculatura cervico-



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

pericrânica, induzindo sensibilizações periféricas e centrais provocariam os sintomas das cefaleias tensional.

O tratamento da CTT é predominantemente não medicamentoso. Raramente o paciente procura o médico por causa de uma CTTE, pois, para ele, é clara a relação entre o estresse físico/mental e a cefaleia. Medidas apropriadas são conhecidas por todos: um bom banho, relaxamento, uma boa conversa, alguns momentos de atividade física e mesmo uma dose de bebida alcoólica. O médico é procurado, quando a cefaleia se torna CTTC. Nesses casos o profissional aconselha tratamento profilático num modelo multidisciplinar: antidepressivos tricíclicos, mudança nos hábitos de vida e técnicas de relaxamento.

DO PLEITO

1. **Exame de paquimetria (código SIGTAP: 02.05.02.002-0):** consiste em procedimento não invasivo onde, por meio de ultrassom é realizada a medição da espessura da córnea. O código corresponde a um olho, ou seja, monocular.
2. **Videolaringoscopia (código SIGTAP: 02.09.04.004-1):** consiste no exame da porção mais alta das vias aéreas (nariz, laringe, e faringe) por meio de um aparelho endoscópico chamado laringoscópio de tubo fino e flexível com fibras óticas, que é introduzido através do nariz (nasolaringoscopia) portando em sua extremidade uma câmera que permite visualizar, por via direta ou através de um monitor de vídeo, o interior das vias aéreas superiores e gravar as imagens correspondentes, caso necessário. permite a visualização desde a região supra-glótica, glótica (pregas vocais), subglótica e até de parte da traqueia. pode ser realizada concomitantemente à microscopia. Tem a finalidade de retirada de corpo estranho, exereses de polipo, nódulo ou papiloma. E ainda para realização de biópsia ou dilatação de estenoses. A videolaringoscopia também pode ser realizada sem outras intervenções concomitantes, independente da tecnologia utilizada. Os procedimentos que forem realizados concomitantemente não estão incluídos no valor da videolaringoscopia, podendo ser



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

adicionalmente apresentados para faturamento.

3. **Campimetria computadorizada ou manual com gráfico (código SIGTAP: 02.11.06.003-8):** exame para avaliação do campo visual. Indicado principalmente no diagnóstico e acompanhamento de glaucoma, doenças neuro-oftalmológicas.
4. **Retinografia colorida binocular (código SIGTAP: 02.11.06.017-8):** registro fotográfico colorido da retina e/ou nervo óptico (analógico ou digital), binocular. não poderá ser cobrado simultaneamente ao código de retinografia fluorescente.
5. **Gonioscopia (código SIGTAP: 02.11.06.011-9):** avaliação e classificação do ângulo da câmara anterior do olho, 360°. Binocular.
6. **Densitometria óssea (código SIGTAP: 02.04.06.002-8):** é o exame por imagem que permite medir a densidade mineral óssea e comparar com padrões para idade e sexo. As imagens para diagnóstico são do fêmur e da coluna vertebral (e pode incluir região distal do rádio e o corpo inteiro em situações especiais) avalia a presença e o grau da osteoporose. O procedimento também é utilizado na pediatria, para acompanhar o crescimento da criança e do adolescente. Não necessita de preparo especial e nem de jejum.
7. **Curva tensional diária (código SIGTAP: 02.11.06.006-2):** exame para diagnóstico e acompanhamento de glaucoma, devendo ser realizado no mesmo dia, com múltiplas medidas da pressão intraocular (mínimo de 3 medidas).
8. **Consulta com otorrinolaringologista.**
9. **Consulta em oftalmologista.**
10. **Consulta em reumatologista.**
11. **Consulta em neurocirurgia.**
12. **Consulta em neurologista.**



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

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, a Requerente, de 49 anos, apresenta suspeita de glaucoma, doença do refluxo gastroesofágico, disfonia, cervicalgia, lombalgia com irradiação para membros inferiores, dor crônica sem resposta ao tratamento, cefaleia em pontada e latejante e necessita realizar os exames exame de paquimetria, de videolaringoscopia, de campimetria computadorizada ou manual com gráfico, de retinografia colorida binocular, de gonioscopia, de densitometria óssea, de curva tensional diária, consulta com otorrinolaringologista, oftalmologista, reumatologista, neurocirurgião e neurologista.
2. Consta nos documentos enviados ao NAT, o BPAI, que comprova que os exames e consultas pleiteadas foram solicitadas administrativamente, mas não há evidência de que realmente foram inseridos no sistema de regulação da Secretaria de Estado da Saúde. Também não há evidências que comprove a negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado). É importante informar que apenas o encaminhamento (BPAI) não é suficiente para que a Requerente tenha acesso aos exames e consultas pleiteadas, é necessário que ele se dirija a AMA (Agência Municipal de Agendamento) 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 a identifica e não a coloca na fila. E cabe ao Município fazê-lo, independente se existe ou não profissional/serviço regulado.
3. Considerando as informações encaminhadas ao NAT, **não se trata de urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Federal de Medicina). No entanto, os exames oftalmológicos para confirmar ou não o glaucoma, assim como a consulta com oftalmologista com área de atuação em glaucoma, devem ser agendados com prioridade, visto que o glaucoma é uma doença que pode levar a cegueira irreversível.



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

4. Vale lembrar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que:

“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)

5. Em conclusão, este Núcleo entende que os exames e as consultas pleiteadas são padronizados pelo SUS. Em relação à consulta em oftalmologia especialista em glaucoma solicitada em 08/02/2018, apesar de a Requerente ter sido consultada posteriormente em 26/04/2019 e 21/02/2020, por uma médica oftalmologista, que gerou as solicitações dos exames oftalmológicos (paquimetria, curva tensional diária, retinografia e gonioscopia), não há evidência que a médica assistente é especialista em glaucoma, assim entendemos que a consulta em oftalmologia **especialista em glaucoma** está indicada com prioridade, porém após a realização dos exames supracitados. Em relação a **consulta em otorrinolaringologista**, aparentemente já foi atendida, visto que a consulta foi solicitada em 08/10/2018, e posterior a esta data, consta consulta com otorrinolaringologista, o qual solicitou o exame de videolaparoscopia em 09/01/2019. Em relação a **consulta em neurologia**, encaminhada devida a queixa de cefaleia de longa data, refratária a terapia medicamentosa, entendemos que está indicada, assim como à consulta em **neurocirurgião**, visto que o exame de tomografia da coluna cervical e lombar evidência protusão, abaulamento e compressão da cervical. Todos os exames pleiteados estão indicados, com ênfase nos exames oftalmológicos, necessários para confirmar a suspeita de glaucoma.
6. Todas as consultas indicadas e exames pleiteados cabe a Secretaria de Estado da Saúde disponibilizá-los, em prazo que respeite o princípio da razoabilidade. Mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização das consultas e exames, ele deve cadastrá-los no sistema de regulação da Secretaria de Estado da Saúde, caso ainda



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

não tenha sido, independente se existe ou não prestador credenciado e acompanhar a tramitação até que sejam efetivamente agendados e informar a Requerente.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto Diretrizes – Hérnia de Disco Lombar no Adulto Jovem. 2007.

BRASIL, A.V. et al. Diagnóstico e tratamento das Lombalgias e Lombociatalgias. Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.

STUMP, Patrick Raymond Nicolas André Ghislain; KOBAYASHI, Ricardo; CAMPOS, Alexandre Walter de. Lombociatalgia. **Rev. Dor**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 63-66, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000500063&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 jul. 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20160051>.

BRASIL, Portaria nº 1279, de 19 de novembro de 2013 – **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Atenção ao Portador de Glaucoma**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-288.htm>>. Acesso em: 27 de jul. de 2021.

SILVA, Marcelo Jordão Lopes da et al. Conhecimentos sobre prevenção e tratamento de glaucoma entre pacientes de unidade hospitalar. *Arq. Bras. Oftalmol.*, São Paulo, v. 67, n. 5, p. 785-790, Oct. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492004000500017&lng=en&nrm=iso>. access on 27 jul.



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

2021. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492004000500017>.

Federação Brasileira de Gastroenterologia, Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva, Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, Sociedade Brasileira de Pneumologia, Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial. Doença do refluxo gastroesofágico: tratamento não farmacológico. Rev Assoc Med Bras 2012; 58(1):18-24
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n1/v58n1a09.pdf>

Moraes Filho, JPP e Hashimoto CL. I Consenso Brasileiro da Doença do Refluxo Gastroesofágico. Disponível em: http://www.fbg.org.br/arquivos/consenso32_1w2r03.pdf

HENRY, Maria Aparecida Coelho de Arruda; DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO; ABCD Arq Bras Cir Dig 2014;27(3):210-215; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n3/pt_0102-6720-abcd-27-03-00210.pdf

Ministério da Saúde. SIGTAP. Disponível em
<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/publicados/consultar>

Speciali, Jose Geraldo, Fleming, Norma Regina Pereira e Fortini, Ida Primary headaches: dysfunctional pains. Revista Dor [online]. 2016, v. 17, suppl 1 [Acessado 27 Julho 2021], pp. 72-74. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160053>>. ISSN 2317-6393.
<https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160053>.

SPECIALI, José G.. Cefaleias. Cienc. Cult., São Paulo, v. 63, n. 2, p. 38-42, Apr. 2011. Available from <http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200012&lng=en&nrm=iso>. access on 27 July 2021.
<http://dx.doi.org/10.21800/S0009-67252011000200012>.