



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

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 07/2020**

Vitória, 02 de Janeiro de 2020.

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal e da Fazenda Pública da Serra – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Rubens José da Cruz, sobre o procedimento: **Consulta com ortopedista especialista em cirurgia da coluna.**

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente, possui LOMBOCIALTAGIA CRÔNICA à direita com pararestesia em raiz de L4, L5 e S1. Ocorre, que necessita da realização de uma cirurgia para sanar as constantes dores e formigamentos que sente e, para isso, levou seus exames e encaminhamentos ao posto médico de Vista da Serra I no mês de outubro de 2019 para que fosse iniciado o processo de avaliação e conduta especializada. Contudo, até a presente data aguarda ser chamado e por todo o exposto, o Requerente recorre à via judicial por considerar que o Estado do Espírito Santo deve lhe fornecer a avaliação e conduta do especialista com urgência.
2. Às fls. 7 consta encaminhamento de clínica particular de Laranjeiras, sem data e sem carimbo médico solicitando avaliação e conduta com especialista em coluna no Hospital da Santa Casa de Vitória por apresentar quadro de lombociatalgia crônica à direita. Apresenta Ressonância Magnética (RM) com listese grau I L4-L5 e discopatia. Sem melhora com tratamento conservador medicamentoso.
3. Às fls. 08 consta Laudo Médico com timbre do Hospital de São Mateus do dia 26/09/18, assinado pelo médico ortopedista especialista em coluna Dr. Marcus Alexandre Novo Brazolino, CRMES 10272, descrevendo paciente com lombocialtagia crônica à direita com parastesia em raiz de L4, L5 E S1 à direita. Lasegue e Bragard positivos à direita. Força Grau 5 em membros inferiores. RM lombar com listese grau 1 L4-L5. Paciente com refratariedade ao tratamento conservador medicamentoso e fisioterápico. No momento com indicação de realização de procedimento cirúrgico com descompressão + artrodese



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

---

lombar. Solicito encaminhamento do paciente para o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória para avaliação e conduta. CID10 M43.1.

4. Às fls. 08 consta Laudo Médico com timbre da Clínica De Acidentados De Vitória do dia 01/11/19 encaminhando ao neurocirurgião do SUS. Solicita avaliação para tratamento cirúrgico devido espondilolistese L4-L5 cirúrgica.
5. Às fls. 10 consta Espelho do Sistema de Regulação – SISREG impresso em 30/10/19 demonstrando que foi enviada à Secretaria do Estado da Saúde – SESA a solicitação de consulta com Ortopedista (geral), sob o código 259971210 em 08/10/2018 com a seguinte observação: paciente com encaminhamento de médico particular para realização de descompressão + artrodese lombar. Lombociatalgia crônica à direita, com parestesia em raiz de L4-L5 e S1 à direita. Paciente com muita dor, precisa com urgência de especialista para avaliação. No dia 09/05/19 a SESA negou essa solicitação e abriu uma nova solicitação sob o nº 287641783 para consulta em ortopedia adulto (Coluna).
6. Às fls. 11 consta encaminhamento com timbre da Prefeitura da Serra do dia 08/10/18 solicitando avaliação e conduta com especialista em coluna

## 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** – CFM 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.

§ 1º - Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem



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

---

risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

§ 2º - 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. Segundo estudos, a prevalência anual da dor lombar atinge mais de 50% dos adultos e os casos crônicos chegam a atingir até cerca de 15% da população brasileira. Além disso, é o principal motivo de absenteísmo no trabalho.

2. **A lombalgia** é definida como dor e desconforto localizados entre a margem costal e a prega glútea inferior, com ou sem dor nos membros inferiores (MMII). 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). A dor neuropática está presente em 37 a 55% dos pacientes com dor irradiada para o membro inferior.

3. Muitas referências consideram que a lombalgia inespecífica aguda é autolimitada, com taxa de recuperação de 90% no período de 4 a 7 semanas e taxa de cronificação de 2 a 7%. No entanto, estudos mais recentes demonstram taxa de cronificação bem maior, de 40 a 44%. Assim, o tratamento adequado e o acompanhamento inicial da lombalgia aguda são de extrema importância para se evitar os casos crônicos.

4. As principais etiologias da lombociatalgia são:

1) **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.

2) **Hérnia de disco**: Condição em que além do processo inflamatório sobre a raiz nervosa há uma compressão mecânica dessa raiz pelo disco intervertebral, com prevalência de 5%. Tal condição tem maior incidência entre a terceira e quarta décadas de vida, pois nessa fase da vida o processo degenerativo do disco intervertebral encontra-se em um momento em que ainda há pressão no interior do núcleo pulposo, porém o ânulo fibroso já apresenta redução de sua capacidade de resistir a essa pressão interna. Com isso ocorrem rupturas no ânulo fibroso e



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

---

consequente compressão de uma raiz nervosa no interior do canal vertebral ou no forame intervertebral. A distinção entre abaulamentos, hérnias protrusas, extrusas e sequestradas é importante. Abaulamentos e hérnias protrusas podem não causar sintomas em 30% a 60% das pessoas. As extrusas são assintomáticas em apenas 1%.

3) 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 reduzido devido ao espessamento ósseo das lâminas e facetas articulares, hipertrofia do ligamento amarelo, ossificação do ligamento longitudinal posterior e hiperlordose. Tal condição está relacionada à compressão nervosa mecânica e também à insuficiência vascular e isquemia relativa.

4) Síndrome pós-laminectomia: 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.

5) Síndrome do piriforme: Cerca de 6% dos casos de ciatalgia. 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.

5. **A Espondilolistese** é definida como uma translação de uma vértebra sobre a outra em sentido anterior ou posterior. No adulto isso ocorre na coluna lombar, como resultado de um defeito na arquitetura óssea, trauma ou processo degenerativo. Espondilólise é um defeito na pars interarticularis, porém sem deslizamento. A etiologia dessa patologia é multifatorial e não está perfeitamente clara. A história natural não está bem estabelecida a partir do ponto de vista do conhecimento de suas reais causas, de sua patogênese e de seu desenvolvimento.

6. A espondilolistese tem sido uma patologia de difícil compreensão para ortopedistas e neurocirurgiões por causa da grande variedade de formas anatômicas e clínicas existentes. Há poucas condições patológicas da coluna vertebral nas quais exista tanta controvérsia terapêutica. A se considerar que a espondilolistese é "um deslizamento de uma porção da coluna sobre outra adjacente", devemos lembrar que a coluna que deslizou levou todo o tronco com ela e isso pode trazer consequência clínica.

7. Os dados da anamnese e do exame físico devem formular hipóteses diagnósticas, que



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

---

devem ser confirmadas com os exames complementares quando necessário. Os red flags são indicadores de investigação por meio de exames de imagem e devem ser considerados para tentar excluir casos de fraturas, infecções, tumores e a síndrome da cauda equina.

8. Atualmente os exames complementares têm sido amplamente utilizados para justificar as dores dos pacientes, no entanto alterações nos exames nem sempre têm relação com a etiologia da dor, já que alterações degenerativas são comuns mesmo em pacientes assintomáticos. Contudo, devem ser indicados de acordo com a anamnese/exame físico e valorizados se forem compatíveis com o quadro clínico. Como a prevalência de alterações degenerativas em exames de imagem de indivíduos assintomáticos é grande, os achados de imagem não devem ser valorizados isoladamente.

9. As radiografias (RX) simples dinâmicas geralmente não são utilizadas na referida lombalgia mecânica comum aguda, mas, nos casos crônicos, podem auxiliar na sua elucidação fisiopatológica. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) têm indicação naquelas lombalgias e ciatalgias agudas que tenham evolução atípica e nas de evolução insatisfatória, cuja causa não foi determinada após seis semanas de tratamento clínico.

10. A TC é um método planar, segmentar, que permite boa avaliação dos desarranjos discais, das alterações degenerativas das faces intervertebrais (platôs vertebrais) e articulações zigapofisárias. Também avalia o canal vertebral, recessos laterais e forames intervertebrais. A sua boa resolução espacial permite melhor definição dos contornos ósseos.

11. A RM é o padrão-ouro para analisar os desarranjos discais, o conteúdo do canal vertebral, incluindo o cone medular, raízes da cauda equina, medula óssea e as estruturas ligamentares. Quando houver indicação clínica de tratamento cirúrgico, a ressonância magnética será necessária para o planejamento do procedimento.

## **DO TRATAMENTO**

1. A hérnia de disco lombar (HDL) é uma patologia com um curso extremamente benigno; a finalidade do tratamento é aliviar a dor, estimular a recuperação neurológica, com retorno precoce às atividades da vida diária e ao trabalho.

2. O tratamento conservador é eficaz em 80% dos pacientes, dentro de quatro a seis semanas. Pacientes com hérnias sequestradas, jovens, com leve déficit neurológico, hérnias pequenas, pouca degeneração discal, seriam os que melhor se beneficiariam do tratamento



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

---

conservador. A crise de ciática pode ser tão severa a ponto de incapacitar o paciente e, nesse momento, o tratamento deve reduzir gradativamente a dor e aumentar a atividade física, evitando o repouso absoluto. Os AINES são os medicamentos que mais devem ser utilizados, por atender exatamente às necessidades da fisiopatologia, basicamente inflamatória, ficando os analgésicos puros como terapia adicional.

3. A história natural da ciática se caracteriza por um rápido alívio da sintomatologia num tempo médio de quatro a seis semanas, com recorrência de aproximadamente 5 a 10%, sem importar o tipo de tratamento instaurado. O tratamento conservador inclui fisioterapia de apoio com analgesia e relaxamento, principalmente através de exercícios e alongamentos.

4. No caso de difícil controle da dor, bloqueio transforaminal é uma ótima alternativa, eficaz e segura no tratamento da dor ciática secundária à hérnia de disco lombar. Consiste na aplicação de anestésico e corticoide diretamente sobre a hérnia, reduzindo seu volume, e sobre a raiz neural, reduzindo a sua resposta inflamatória.

5. Espondilolistese e espondilólise geralmente são bem toleradas pelos pacientes, mas em alguns casos a gravidade dos sintomas e a não resposta aos tratamentos clínicos convencionais tem promovido a indicação de tratamento cirúrgico.

6. **Tratamento cirúrgico:** objetiva a descompressão das estruturas nervosas e deve ser proposta na falha do tratamento conservador, ou na progressão dos sintomas neurológicos. As indicações do tratamento cirúrgico são:

Absolutas: Síndrome de cauda equina ou paresia importante. Relativas: Ciática que não responde ao tratamento conservador pelo menos por seis semanas, déficit motor maior que grau 3 e ciática por mais de seis semanas ou dor radicular associada à estenose óssea foraminal.

7. Há uma tendência na literatura de que o paciente ideal para o tratamento cirúrgico de HDL refratária ao tratamento clínico é aquele que apresenta, no período pré-operatório, a cialgia como sintoma predominante à lombalgia de evolução de até seis meses, o déficit sensitivo presente de forma isolada ou associado ao déficit motor e a presença do sinal de Lasègue.

8. Nos últimos anos tem sido muito discutida a vantagem entre cirurgia precoce e tratamento conservador prolongado. Há publicações mostrando resultados clínicos similares nos grupos estudados, após dois anos de evolução, mas a recuperação foi mais rápida no grupo da cirurgia precoce. Os autores mostraram que é economicamente favorável o tratamento



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

cirúrgico, por permitir retorno precoce ao trabalho.

**DO PLEITO**

1. Consulta com médico ortopedista especialista em Coluna.

**III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. No presente caso, o Requerente apresenta dores devido à compressão das raízes lombares e transtornos dos discos intervertebrais. Nos autos não consta detalhamento do tratamento clínico prévio, mas está relatada a falha do tratamento medicamentoso e fisioterapêutico.

2. Este NAT conclui que o Requerente tem indicação de realizar a consulta pleiteada, devendo esta ser disponibilizada preferencialmente em estabelecimento de saúde que realize o procedimento cirúrgico, para o caso de o procedimento vir a ser indicado pelo especialista.

3. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, considerando o desconforto que vem provocando no paciente e a sua limitação para exercer suas atividades laborais, entende-se que a Secretaria de Estado da Saúde deve definir uma data para a realização da consulta que respeite o princípio da razoabilidade.

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

“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)

Este Núcleo se coloca à disposição para **outros esclarecimentos** que se fizerem necessários.

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]





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

---

**REFERÊNCIAS**

- Ejnisman B, et al. **Lesão do manguito rotador: tratamento e reabilitação. Perspectivas e tendências atuais.** Rev bras ortop (RBO). 2015;50(6):647–651. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2014.08.008>
- Belloti J C, et al. **Prevalência Das Lesões Associadas Na Luxação Recidivante Traumática Do Ombro.** Rev Bras Ortop (RBO). 2011;46(3):281-87. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162011000300009>
- Bernardo Nunes, Manuel Gutierrez. ARTIGO DE REVISÃO - **Indicações para a abordagem cirúrgica da instabilidade anterior do ombro.** Rev Port Ortop Traum 21(3): 284-295, 2013.
- Falavigna A, et al. ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO - **Qual a relevância dos sinais e sintomas no prognóstico de pacientes com hérnia de disco lombar? Coluna/Columna. Vol.9. no.2. São Paulo. Apr./June2010.** <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-18512010000200016>
- Vialle LR, et al. ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO- **Hérnia discal lombar. Rev. bras. ortop. (RBO). Vol.45.no.1. São Paulo.2010.** <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162010000100004>
- Tebet, MA. **Conceitos atuais sobre equilíbrio sagital e classificação da espondilólise e espondilolistese.** Rev. bras. ortop. (RBO) vol.49 no.1 São Paulo. Jan./Feb. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.04.011>