



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 172/2019

Vitória, 30 de janeiro de 2019

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]
representada por sua genitora
[REDACTED].

O presente parecer técnico atende solicitação de informações técnicas do Juizado de Direito da Comarca de Boa Esperança - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Charles Henrique Farias Evangelista, sobre o procedimento: **cirurgia de coluna**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a requerente de 16 anos de idade, é portadora de escoliose neuromuscular com 110º de deformidade na coluna e 30º de obliquidade pélvica com dificuldade de ventilação pulmonar. Seu estado é grave e progressivo, CID 10: G82 (paralisia cerebral quadriplágica espástica), necessitando de cirurgia com urgência. Sua deformidade tem trazido piora orgânica e o Hospital que faz seu acompanhamento desde 2009, informou que existem várias pessoas na fila de espera para o procedimento pleiteado, estando sem previsão para realizar a cirurgia. Pelo exposto recorre a via judicial.
2. Às fls. 09 consta encaminhamento para risco cirúrgico, em 05/08/2017 pelo Dr. Charbel Jacob Junior, ortopedia/traumatologia, CRM ES 8492, descrevendo paciente [REDACTED] 15 anos de idade, com escoliose neuromuscular grave com 102º, obliquidade pélvica 30º, com progressão da curva de deformidade. Indicando tratamento cirúrgico. CID 10: G82.0 – paraplegia flácida.



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

3. Às fls. 10 consta encaminhamento para pediatra, em 04/08/2017 pelo Dr. Charbel Jacob Junior, ortopedia/traumatologia, CRM ES 8492, descrevendo paciente [REDACTED] 15 anos de idade, com mielomeningocele, nível torácico, com escoliose neuromuscular grave, infecção trato urinário de repetição. Solicitando avaliação e conduta para infecção para o pré operatório. CID 10: G82.0
4. Às fls. 11 e 12 consta guia de referência e contra referência e RX panorâmico, sem data pelo Dr. Charbel Jacob Junior, descrevendo a mielomeningocele, com RX panorâmico da coluna evidenciando 110º, necessitando de cirurgia com urgência.

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 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.



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

DA PATOLOGIA

1. A **mielomeningocele** (MMC) é uma malformação embrionária do sistema nervoso central que ocorre nas primeiras quatro semanas de gestação decorrente de uma falha no processo de neurulação primária que é processo normal de fechamento do tubo neural. A MMC é a malformação decorrente do defeito de fechamento do tubo neural (DFTN) mais frequente.
2. A **Escoliose** é definida como desvio da coluna vertebral, podendo ser dividida em duas formas básicas: Escoliose não-estrutural e Escoliose estrutural. A forma não-estrutural não está relacionada a alterações estruturais das vértebras ou dos discos intervertebrais, é uma condição não-progressiva, geralmente não-grave e está associada a condições patológicas como inflamações ou tumores da coluna, desaparecendo após tratamento da doença de base. E a **forma estrutural apresenta primeiro, tecidos flácidos em torno das vértebras, segundo alterações na forma dos corpos vertebrais, no tamanho das lâminas, nos pedículos e nos processos transversos das vértebras envolvidas na deformidade, e em terceiro há deformidade em rotação fixa das vértebras envolvidas.**
3. Quanto à classificação as escolioses estruturais podem classificar-se:
 - § Idiopáticas: São de etiologia desconhecida, contudo, é geralmente considerada como sendo familiar, de origem genética multifactorial. Ainda não ficou esclarecido se o processo patológico primário é um distúrbio do crescimento ósseo ou se se trata de disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC) que afeta os mecanismos de controlo da motricidade; as teorias são inúmeras. O crescimento assimétrico das placas de crescimento entre os arcos e os corpos vertebrais é teoricamente capaz de provocar escoliose. Em comparação com as crianças normais, os portadores de Escoliose Idiopática (EI) apresentam durante a posição bípede maior grau de oscilação (manifestando-se pelas



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

mudanças do centro de pressão). Foram descritos outros distúrbios do mecanismo de equilíbrio. Há quem admita uma relação entre a EI e a disfunção do reflexo vestibulo-ocular; portanto, a postura instável seria devido ao conflito entre as informações visuais e vestibulares, em nível dos centros cerebrais encarregues de integrar e calibrar os dados sensoriais que nelas convergem para o controlo dos movimentos posturais. O quadro neurológico sugere a 20 participação funcional do tronco cerebral, na integração das informações aferentes que procedem de várias fontes indispensáveis para o controlo do equilíbrio. Sugere-se ainda que os fusos musculares dos músculos paraespinhais possam estar implicados na etiologia da EI.

§ **Neuropáticas** (por assimetria do tônus muscular): por exemplo: poliomielite, paralisia cerebral... **(grifo nosso)**

§ Osteopáticas (por anomalias ósseas congênicas ou pós-traumáticas) – por exemplo: hemivertebral.

§ Miopáticas (por desequilíbrios musculares) – por exemplo: distrofias musculares (Duchenne).

§ Mistas (associada a doença do tecido conjuntivo).

4. Dentro das escolioses estruturais considera-se a idiopática pois é a mais frequente (70-80% dos casos) e por isso aquela que surge na prática clínica com maior frequência. Dependendo da idade em que surgem com maior frequência as EI podem dividir-se em três grupos (pelos surtos de crescimento rápido do esqueleto): infantil (antes dos 3 anos), juvenil (entre os 3 anos e o início da puberdade) e adolescente (surge durante ou logo após o início da puberdade – início 10 ou 11 anos).

De acordo com a angulação da curva, pode classificar-se em quatro graus:

- grau I: angulação inferior a 20°;
- grau II: angulação entre 20 e 30°;
- grau III: angulação entre 31 e 50°;
- grau IV: angulação superior a 51°



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

5. A Escoliose Idiopática é doença genética multifatorial, provavelmente hereditária. Pelo fato de a etiologia e o padrão de herança para a transmissão da Escoliose ainda permanecerem indistintos e vagos, a princípio, essa patologia não cause danos que elevem a taxa de mortalidade e morbidade grave, implica em desconforto e, sobretudo, comprometimento da cavidade torácica e, conseqüente, de órgãos vitais como o coração, rebaixando a qualidade de vida do indivíduo.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da escoliose baseia-se principalmente em dois fatores: o valor angular da curva (magnitude da curva) e a maturidade esquelética do paciente (quanto de crescimento ainda é esperado). Em sua grande maioria, quanto maior o valor angular da curva e menor a maturidade esquelética do paciente, mais provável é a progressão da escoliose. Existem basicamente três opções de tratamento. Sendo elas:
 - A observação, onde se é realizada observações periódicas em clínicas de exames de imagem de quatro a seis meses durante a fase de crescimento. Geralmente está indicada em curvas menores do que vinte graus (20°);
 - As Órteses. As órteses são projetadas para diminuir a progressão da curva, mas não reduzir a quantidade de angulação que já está presente, portanto as órteses geralmente são mantidas até o término do crescimento do indivíduo. Atualmente há dois tipos de muito utilizadas, órtese cervicotoraco-lombossacra (CTLSO – Milwaukee), utilizado nos usuários que apresentam o ápice da curva da escoliose acima da vértebra T9 (nova vértebra torácica). Também conhecido como Colete Boston, a órtese tóraco-lombar sacral (TLSO), é utilizada nos usuários que apresentam o ápice da curva da escoliose abaixo da vértebra T9 (nova vértebra torácica). Onde, cabe ao médico avaliar qual a órtese adequada para cada indivíduo;



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

- E em último caso, a cirurgia para a escoliose idiopática. Onde, é recomendada quando as curvas são maiores do que 40 a 45 graus (40° a 45°) e continuam a progredir, e para a maioria dos pacientes com curvas maiores que 50 graus (50°).

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. Não há dúvidas de que a requerente apresenta severas alterações na coluna tóraco lombar, alterações estas que com muita probabilidade causam dores radiculares e algum grau de incapacidade funcional, uma vez que depende de cadeira de rodas.
2. Embora esteja sendo pedido judicialmente diretamente o procedimento cirúrgico, há lacunas informativas:
 - Entre os documentos enviados, não se encontra o espelho do SISREG, com o pedido do agendamento, e nem a negativa do poder público;
 - Se a decisão do especialista foi por realização de cirurgia, quais foram as providências tomadas? Não identificamos a emissão de Guia de Internação pelo médico assistente.
3. Este NAT conclui que o tratamento cirúrgico consiste em opção terapêutica para o caso em tela. Apesar da gravidade do caso, este NAT não tem como avaliar se os pacientes que se encontram na fila de espera estão em situação mais grave ou não que a Requerente, cabendo ao profissional que administra essa fila realizar essa avaliação. O que podemos dizer é que pela descrição nos laudos e exame de imagem o quadro da paciente necessita de prioridade de intervenção.
4. Vale ressaltar que se o procedimento não estiver inserido no SISREG, o poder público não tem como dar continuidade no agendamento. E dentre os documentos enviados a este Núcleo não foi constatado o espelho do SISREG.



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

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

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

REFERÊNCIAS

Rocha, Leilane Freitas et al; ESCOLIOSE E SUAS BASES GENÉTICAS; Revista Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 1, art. 6, p. 82-92, jan. / jul. 2014; disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/viewFile/611/387>

Jorge W. Junqueira Bizzi, Alessandro Machado; Mielomeningocele: conceitos básicos e avanços recentes; J Bras Neurocirurg 23 (2): 138-151, 2012; disponível em: [file:///D:/SW_Users/PJES/Downloads/o2_\(o6\)_Meningomielo.pdf](file:///D:/SW_Users/PJES/Downloads/o2_(o6)_Meningomielo.pdf)

Da Silva, Renato F. Livramento et al; Órtese para reabilitação de jovens com escoliose idiopática; HFD, v.4, n.8, p112-130, novembro 2015; disponível em: file:///D:/SW_Users/PJES/Downloads/6632-20866-1-PB.pdf

Juliana de Paiva Tosato, Paulo Henrique Ferreira Caria; Avaliação da atividade muscular na escoliose; Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.v.19 n.1São Paulo abr. 2009; disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000100010