



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

PARECER TÉCNICO NAT /TJES Nº 414/2022

Vitória, 28 de Março de 2022

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender a solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Criminal de Serra - ES, requeridas pelo MM. Juiz de direito Dr. Adelino Augusto Pinheiro Pires, sobre o procedimento: **“Consulta e acompanhamento em oftalmologia (glaucoma), eletroneuromiografia”**.

I – RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, a Requerente, 58 anos, possui diagnóstico de glaucoma com baixa acuidade visual, além de Síndrome do Túnel do Carpo bilateral, com parestesia em ambas as mãos, fortes dores e dificuldade em exercer suas atividades domésticas e laborais, necessitando realizar eletroneuromiografia e de consulta com oftalmologista especialista em glaucoma. Realizou a solicitação administrativa tanto do exame quanto da consulta, porém até a presente data o pedido não foi atendido. Pelos motivos expostos, recorre à via judicial.
2. Às fls. não numeradas consta Laudo Ambulatorial Individualizado – BPAI, emitido pelo ortopedista Dr. João Victor Pinheiro, sem data, solicitando eletroneuromiografia devido à Síndrome do Túnel do Carpo.



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

3. Às fls. não numeradas consta o espelho da solicitação no SISREG III de eletroneuromiografia, datada de 26/07/2021, constando como pendente em 28/12/2021.
4. Às fls. não numeradas apresenta o espelho da solicitação no SISREG III de consulta em oftalmologia - glaucoma, datada de 01/09/2021, sob justificativa que a paciente refere diminuição da acuidade visual bilateral constando como pendente em 28/12/2021.
5. Às fls. não numeradas consta laudo médico, emitido em 22/07/2021 pelo ortopedista Dr. Claiton Vigna, relatando que a paciente apresenta quadro de dor e parestesia em ambas as mãos há 10 anos, exame clínico compatível com Síndrome do Canal do carpo bilateral. Informa que foi realizada infiltração local e que necessita de eletroneuromiografia para nortear se o tratamento é cirúrgico ou não.

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.



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

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 **Síndrome do Túnel do Carpo (STC)** é uma neuropatia resultante da compressão do nervo mediano (supre a porção radial da palma e as superfícies palmares dos dedos polegar, índice e médio, por vezes também supre o dorso das falanges distais destes dedos; também inerva a cútis palmar da extremidade distal do dedo) do canal do carpo, estrutura anatômica que se localiza entre a mão e o antebraço. Através desse túnel rígido, além do nervo mediano, passam os tendões flexores que são revestidos pelo tecido sinovial. Qualquer situação que aumente a pressão dentro do canal provoca compressão do nervo mediano e a STC. Ainda que as regressões espontâneas sejam possíveis, o agravamento dos sintomas é a regra.
2. O diagnóstico é, acima de tudo, clínico pelos sintomas e testes provocativos. Um exame eletroneuromiográfico pode ser recomendado no pré-operatório ou em caso de doença laboral. Alguns testes auxiliam no diagnóstico: Sinal de Tinel, o teste é positivo se o paciente percebe parestesia durante a percussão manual da face palmar do punho no nível do nervo mediano. A sensibilidade é de 26% a 79% e a especificidade é de 40% a 100%; Sinal de Phalen: o teste é positivo se ao curso de uma flexão ativa máxima do punho durante um minuto (cotovelo estendido) aparecer parestesia no território do nervo mediano; nota-se um atraso do aparecimento dos sintomas em segundos. A sensibilidade é de 67% a 83% e a especificidade é de 47% a 100%; Teste de Apley e McMurphy: o sinal é positivo se a pressão manual próximo do nervo mediano entre 1 cm e 2 cm proximais da dobra de flexão do punho desencadear dor ou parestesia. A sensibilidade é de 89% e a especificidade é de 45%; Teste de compressão em flexão do



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

punho: uma pressão a dois dedos é efetuada sobre a região mediana do túnel do carpo, o punho flexionado a 60°, cotovelo estendido, antebraço em supinação. O teste é positivo se aparecer parestesia no território do nervo mediano. Tetro et al. encontraram uma sensibilidade de 82% e uma especificidade de 99%; Os testes mais específicos são a pontuação de Katz et al. (76%) e o sinal de Tinel (71%). A combinação de quatro testes anormais (teste de compressão, monofilamentos, pontuação de Katz et al., sintomas noturnos) faz com que o diagnóstico de STC tenha uma probabilidade de 0,86.

3. Outros exames diagnósticos são: Exame eletroneuromiográfico (ENMG): compreende uma etapa de estímulo e uma etapa de detecção. Ele é bilateral. A etapa estímulo detecção permite estudar a condução nervosa sensitiva e motora do nervo mediano e destaca o abrandamento eletivo na passagem do túnel do carpo. Ela permite igualmente a análise da amplitude e da duração das respostas motoras e sensitivas. Essa exploração é completada por uma medida da condução nervosa do nervo ulnar homolateral e por estudos do lado contralateral. Podemos aceitar uma velocidade transtúnel do mediano $< 45\text{m/s}$ patológica, por uma normal $\geq 50\text{m/s}$; Ecografia: nas formas iniciais, o nervo mediano pode conservar uma morfologia normal. Um aspecto normal do nervo mediano não elimina uma STC. A ecografia pode ajudar no diagnóstico etiológico para análise morfológica do conteúdo; Imagem por ressonância magnética nuclear - é raramente indicada, mas pode ser útil no diagnóstico etiológico.
4. O **Glaucoma** é uma neuropatia óptica com repercussão característica no campo visual, cujo principal fator de risco é o aumento da pressão intraocular (PIO) e cujo desfecho principal é a cegueira irreversível. O fator de risco mais relevante e estudado para o desenvolvimento da doença é a elevação da PIO. Os valores normais situam-se entre 10-21 mmHg. Quando a PIO está aumentada, mas não há dano evidente do nervo óptico nem alteração no campo visual, o paciente é caracterizado como portador de glaucoma suspeito por hipertensão ocular (HO). Quando a PIO está normal e o paciente apresenta dano no nervo óptico ou alteração no campo visual, ele é classificado como portador de glaucoma de pressão normal (GPN). Exceto no



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

glaucoma de início súbito, chamado glaucoma agudo, a evolução é lenta e principalmente assintomática.

5. Essa doença afeta mais de 67 milhões de pessoas no mundo, das quais 10% são cegas (acuidade visual corrigida no melhor olho de 0,05 ou campo visual com menos de 10 graus no melhor olho com a melhor correção óptica).
6. Após a catarata, o glaucoma é a segunda causa de cegueira, além de ser a principal causa de cegueira irreversível. No Brasil, há escassez de informações quanto à prevalência do glaucoma. A maior parte dos estudos é restrita, antiga e mostra prevalência de 2% - 3% na população acima de 40 anos, com aumento da prevalência conforme o aumento da idade. O Conselho Brasileiro de Oftalmologia adota a prevalência de 1% na população total, como em recente trabalho conjunto com o Ministério da Saúde.
7. Vários fatores de risco, além da PIO aumentada, já foram identificados: idade acima de 40 anos, escavação do nervo óptico aumentada, etnia (negra para o de ângulo aberto e amarela para o de fechamento angular), história familiar, ametropia (miopia para o de ângulo aberto e hipermetropia para o de fechamento angular), pressão de perfusão ocular diminuída, diabetes melito tipo 2, fatores genéticos e outros fatores especificados.
8. Inúmeros trabalhos mostraram que a prevalência do glaucoma se eleva significativamente com o aumento da idade, particularmente em latinos e afrodescendentes. A prevalência é três vezes maior e a chance de cegueira pela doença é seis vezes maior em indivíduos latinos e afrodescendentes em relação aos caucasianos. Com relação à história familiar, estudos revelaram que basta um caso familiar de glaucoma para aumentar significativamente a chance de o indivíduo desenvolver a doença. Segundo o Rotterdam Eye Study, a chance de um indivíduo com irmão com glaucoma desenvolver a doença é 9,2 vezes maior do que a população geral. A maioria dos casos não está vinculada a fatores relacionados aos genes, o que sugere que o dano glaucomatoso é multifatorial.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

9. Enxaqueca e vasoespasmos periféricos foram consistentemente relacionados como fatores de risco, ao passo que outras doenças vasculares (por exemplo, hipertensão arterial sistêmica) não tiveram associação confirmada. Córneas com espessura mais fina (igual ou inferior a 555 micrômetros) subestimam a PIO, ao passo que córneas espessas superestimam essa medida. Os estudos são controversos sobre se a medida da paquimetria é um fator de risco independente da PIO ou se a medida da córnea mais fina subestima uma PIO aumentada que causa um dano glaucomatoso.
10. Pressão de perfusão ocular diminuída é a diferença entre a pressão arterial e a PIO. Há estudos que sugeriram que uma baixa pressão sistólica (igual ou inferior a 125 mmHg) ou uma baixa pressão diastólica (inferior a 50 mmHg) estão relacionadas a uma maior prevalência de glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA). Há evidências crescentes de que o dano microvascular no nervo óptico causado pelo diabetes melito tipo II aumenta significativamente a prevalência de glaucoma em diabéticos.
11. O glaucoma pode ser classificado das seguintes formas: GPAA, GPN, glaucoma primário de ângulo fechado, glaucoma congênito e glaucoma secundário. O GPAA, forma mais comum de glaucoma, é diagnosticado por PIO superior a 21 mmHg, associado a dano no nervo óptico ou a defeito no campo visual compatível com glaucoma e ausência de anormalidades na câmara anterior e de anormalidades sistêmicas ou oculares que possam aumentar a PIO. Segundo diversos estudos populacionais, a prevalência de GPAA aumenta à medida que a PIO se eleva. Ademais, pesquisas demonstraram que a redução pressórica retarda a progressão do dano glaucomatoso.
12. A identificação de fatores de risco e da doença em seu estágio inicial e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado dão à atenção básica um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos.
13. A paquimetria ultrassônica avalia a espessura corneana central e influencia a estimativa da PIO. Há controvérsia se a córnea fina é um fator de risco não



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

influenciado pela PIO ou se está relacionado a sua medida. A espessura média corneana central varia conforme a etnia, estando situada entre 534-556 micrômetros. Portanto, córneas com espessura menor tendem a subestimar a PIO, ao passo que as de espessura maior superestimam a medida.

14. A campimetria visual (campimetria computadorizada estática acromática) é o exame padrão ouro para detectar o dano funcional do glaucoma e para monitorizar sua progressão.

DO TRATAMENTO

1. Os tratamentos nas formas não deficitárias da **síndrome do túnel do carpo (SCC)** são a infiltração de corticoide e/ou uma órtese de imobilização noturna. O tratamento cirúrgico, que compreende a secção do retináculo dos flexores (retinaculotomia), é indicado em caso de resistência ao tratamento conservador nas formas deficitárias ou, mais frequentemente, nas formas agudas. Nas técnicas minimamente invasivas (endoscópica e miniopen), independentemente de a curva de aprendizado ser mais longa, parece que a recuperação funcional é mais precoce em relação à cirurgia clássica, mas com os resultados em longo prazo idênticos. A escolha depende do cirurgião, do paciente, da gravidade, da etiologia e da disponibilidade do material. Os resultados são próximos de 90% de casos satisfatórios. A recuperação da força necessita de quatro a seis meses após a regressão das dores do tipo dor do pilar (pillar pain). Essa cirurgia tem a reputação de ser benigna e apresenta de 0,2% a 0,5% de complicações.
2. O objetivo primário do tratamento de **glaucoma** é a redução da PIO. Nos últimos anos, diversos estudos evidenciaram a eficácia dessa conduta na redução das taxas de progressão da doença. Antes do início do tratamento, deve ser realizado exame oftalmológico completo com a documentação do nervo óptico com retinografia binocular colorida, campimetria visual, paquimetria, avaliação do fundo de olho e



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

medição da PIO basal, sendo recomendadas as aferições em dias diferentes e considerada a de maior valor.

3. A PIO pode ser diminuída com medicamentos, geralmente com colírios anti-glaucomatosos. Caso a pressão não diminua com o uso desses medicamentos, uma cirurgia poderá ser indicada, tanto a cirurgia a laser (trabeculoplastia) quanto a tradicional (trabeculectomia).
4. Alguns pacientes com glaucoma com comorbidades como inflamação ativa, afacia, falência de filtros e glaucoma neovascular, podem ter uma resposta ruim aos medicamentos e à terapia cirúrgica. Desde 1930, a ciclodestruição tem sido opção terapêutica oferecida a estes pacientes para diminuir a pressão intraocular.
5. A fotocoagulação a laser normalmente é realizada em regime ambulatorial (dispensa internação) e a maioria dos tratamentos é feita apenas com a instilação de colírio anestésico, necessita dilatação da pupila.
6. O laser é indicado para pessoas que apresentam doenças que afetam os vasos sanguíneos do olho, como ocorre nos diabéticos. Pacientes que apresentam degenerações periféricas ou roturas na retina predisponente ao deslocamento de retina também necessitam desse tratamento;
7. A utilização dos implantes de drenagem para tratamento de glaucomas refratários, como o implante de tubo e AHMED, já está consagrada pelos especialistas em glaucoma. As principais indicações são: glaucoma descontrolado apesar de trabeculectomia prévia com uso de antimetabólicos; glaucomas secundários em que a trabeculectomia de rotina com ou sem uso de antimetabólicos seria provavelmente ineficaz (glaucoma neovascular, secundários a traumas graves e aniridia); grave cicatriz conjuntival que impede uma boa dissecação da conjuntiva e alguns glaucomas congênitos cujos procedimentos convencionais falharam. E também como alternativa a outros procedimentos ciclodestrutivos.
8. Para se alcançar a redução pressórica proposta, devemos seguir os mesmos esquemas e



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

princípios de tratamento do GPAA). A trabeculoplastia a laser de argônio possui efeito hipotensor menor em olhos com pressão normal. Nos casos em que se evidencia progressão da doença apesar do tratamento clínico, deve-se optar pelo tratamento cirúrgico, pela trabeculectomia com ou sem antimetabólicos, implante de tubo ou ciclofotoablação, na sequência habitual de emprego dessas técnicas cirúrgicas.

DO PLEITO

- 1. Consulta e acompanhamento em oftalmologia (glaucoma)**
- 2. Eletroneuromiografia**

III – CONCLUSÃO:

1. Trata-se de paciente de 58 anos com diagnóstico de síndrome do túnel do carpo bilateral, além de relato de glaucoma. Solicita eletroneuromiografia e consulta com oftalmologista especialista em glaucoma.
2. Em relação à eletroneuromiografia, entendemos que a paciente apresenta um quadro de longa duração, com incapacidade laboral e refratária com possibilidade de tratamento cirúrgico conforme laudo ortopédico. **Nestes casos, o exame de eletroneuromiografia faz parte da propedêutica e está indicado no caso em tela.**
3. A eletroneuromiografia é procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 02.11.05.008-3 conforme tabela SIGTAP e consiste em procedimento de média complexidade.
4. Em relação à consulta com oftalmologista – glaucoma, não identificamos nos anexos nenhuma avaliação oftalmológica ou exame que corrobore com este diagnóstico, ademais, no cadastro da solicitação do SISREG, a justificativa seria por diminuição



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

gradual da acuidade visual, o que poderia ser causado por diversas patologias oftalmológicas.

5. **Portanto este NAT entende que não há subsídios para afirmar que há indicação de consulta com oftalmologista com área de atuação em glaucoma. Sugerimos que a Requerente seja encaminhada para consulta com oftalmologista geral, ficando a cargo deste profissional definir os exames necessários, o diagnóstico e avaliar a necessidade de outro profissional.**
6. As solicitações não se tratam de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, **considerando o desconforto** que vem provocando na paciente, entende-se que deva ter uma data definida para realizar a consulta e o exame que respeite o princípio da razoabilidade.
7. Cabe a SESA identificar o prestador e disponibilizar tanto a consulta quanto o exame. Mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização dos mesmos, ele deve acompanhar a tramitação até que a consulta seja efetivamente agendada e informar a Requerente.





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

REFERÊNCIA:

1. Michel Chammas et all; Síndrome do túnel do carpo – Parte I (anatomia, fisiologia, etiologia e diagnóstico); rev bras ortop. 2014;49(5):429–436; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbort/v49n5/pt_0102-3616-rbort-49-05-0429.pdf
2. Michel Chammas et all; Síndrome do túnel do carpo – Síndrome do túnel do carpo – Parte II (tratamento); rev bras ortop. 2014;49(5):437–445; Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbort/v49n5/pt_0102-3616-rbort-49-05-0437.pdf
3. RUAS, E.S. et al. Síndrome do canal de Guyon causada por cisto sinovial. Rev Bras Ortop. 2010;45(6):623-6, Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbort/v45n6/a20v45n6.pdf>
4. OLMOS LC; LEE, RK: Medical and Surgical of Neovascular Glaucoma. Ophthalmol Clin. 2011; 51 (3):27-36. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107497/>
5. BRASIL, Portaria nº 1279, de 19 de novembro de 2013 – **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Atenção ao Portador de Glaucoma**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/09/Portaria-Conjunta-n11-PCDT-Glaucoma-29-03-2018.pdf>
6. Centurion V, et al. Catarata: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 30 de março de 2003. Disponível em: http://www.projetediretrizes.org.br/projeto_diretrizes/031.pdf
7. Centurion V, et al. Catarata: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 30 de março de 2003. Disponível em: http://www.projetediretrizes.org.br/projeto_diretrizes/031.pdf



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes - NAT

8. Pereira M. C. S. R. Et al, Perfil epidemiológico de pacientes com catarata traumática no Hospital de Olhos do Paraná, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802012000400006
9. Centurion V, et al. Catarata: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 30 de março de 2003. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/031.pdf