



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 517/2021

Vitória, 18 de abril de 2022.

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Cível, Criminal e da Fazenda Pública de Aracruz – ES, requeridas pela MM Juíza de Direito, Dra. Maristela Fachetti, sobre o procedimento: **exames pré-operatórios e cirurgia ortopédica (coluna) em caso de indicação cirúrgica.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerente, de 65 anos, alega que desde 2020 é portador de escoliose lombar e necessita de cirurgia. Refere ter solicitado o procedimento junto à Unidade de Saúde do SUS, mas devido a demora no agendamento, buscou auxílio no juizado. Informa ainda, que é necessário a realização de todos os procedimentos pré-operatórios.
2. Às fls. 13490970 (pág. 1) consta protocolo de cadastro no sistema de regulação MVSoul da Secretaria de Estado da Saúde, datado de 27/10/2020, solicitando consulta em médico ortopedista especialista em cirurgia, informando que o Requerente apresenta quadro de dor lombar crônica e sinais e sintomas característicos de claudicação neurogênica. Ao exame de ressonância magnético da coluna lombar aponta estenose absoluta no nível L4-L5. Descreve que ele já realizou fisioterapia e uso de terapia



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

analgésica sem melhora. Ao exame de ressonância magnética, realizado em 10/06/2020, observa: escoliose lombar espondiloartrose associado a discopatia degenerativa lombar difusa e avançada. Abaulamentos discais difusos e simétricos L3-L2, L5-S1 com repercussão significativa sobre a amplitude do saco dural e forames neurais. Estenose do canal raquiano nos níveis L3-L4 a L5-S1, sendo ainda mais exuberante no nível L4-L5.

3. Às fls. 13490970 (pág. 2) consta laudo médico, datado de 25/06/2020, informando que o Requerente em acompanhamento devido claudicação neurogênica severa secundária a estenose de canal lombar. Encaminha para tratamento cirúrgico. Assinado pelo médico neurologista/neurocirurgião, Dr. Sérgio Belém, CRM ES 6238.
4. Às fls. 13490970 (pág. 3) consta laudo médico, 17/10/2020, descrevendo o quadro clínico do Requerente, que corrobora o laudo anterior e as informações contida na protocolo de cadastro no sistema de regulação. E por fim, encaminha o Requerente ao serviço especializado em tratamento/cirurgia de coluna. Assinado pelo médico ortopedista, Dr. Allan Stefano Vailant Garcia, CRM ES 11876.
5. Às fls. 13490970 (pág. 4 e 5) consta laudo de exame de ressonância magnética da coluna lombar, datado de 10/06/2020, com a impressão:
 - a) Escoliose lombar.
 - b) Espondiloartrose associado a discopatia degenerativa lombar difusa e avançada.
 - c) Abaulamentos discais difusos e simétricos L3-L2 L3 a L5-S1 com repercussão significativa sobre a amplitude do saco dural e forames neurais.
 - d) Estenose do canal raquiano nos níveis L3-L4 a L5-S1, sendo ainda mais exuberante no nível L4-L5.



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

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.

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. Cerca de 80% adultos em alguma época da vida terão queixa de lombalgia.
2. Na maioria das vezes o diagnóstico é obtido com uma boa anamnese e exame físico detalhado. A avaliação clínica deve focar em três aspectos principais: descartar doença



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

sistêmica subjacente; identificar comprometimento neurológico que requeira avaliação cirúrgica; considerar a existência de fatores psicológicos e sociais que aumentem ou prolonguem a dor.

3. As causas músculo-ligamentares e degenerativas são as mais frequentes (> 85%), e provocam muitas vezes a exaustão dos pacientes, dos serviços e dos meios complementares de diagnóstico. Raramente, a lombalgia é um prenúncio de patologia grave, incluindo infecção, neoplasia ou outra doença sistêmica.
4. 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.
5. Muitas referências consideram que a lombalgia inespecífica aguda e 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.
6. 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



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

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 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 radiografias (Rx) 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 12 mm secundário ao espessamento ósseo das lâminas e facetas articulares, hipertrofia do ligamento amarelo, ossificação



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

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

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

Cerca de 6% dos casos de cialgia 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 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 tem 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



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

elucidação fisiopatológica. A tomografia computadorizada (TC) e a ressonância magnética (RM) tem 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 (platos 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. Tem como objetivo aliviar a dor, reduzir o espasmo muscular, melhorar a amplitude e força dos movimentos e, em última análise, melhorar o estado funcional do paciente.
2. Os pilares do tratamento incluem:

2.1 Orientações:

- Orientar ao paciente para manter-se ativo.
- O paciente pode retornar rapidamente suas atividades habituais, evitando posturas ou atividades que exacerbem o quadro algico até a resolução dos sintomas.
- Evitar erguer objetos pesados, curvar o tronco e ficar sentado por tempo prolongado são medidas importantes.



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

- Exercícios aeróbicos de baixo impacto como caminhar, andar de bicicleta ou nadar, podem ser iniciados nas duas primeiras semanas após o início de um episódio de dor lombar aguda, propiciando melhora psicológica e de condicionamento físico.

2.2 Uso de medicamentos: utilizados no intuito de reduzir a dor e manter a pessoa ativa.

- Analgésicos (paracetamol ou dipirona)
 - Anti-inflamatórios não esteroidais (AINES)
 - Opioides (codeína ou tramadol) – quando AINES e as medidas conservadoras não dão analgesia suficiente. Pode ser usado associado ou não a um analgésico ou anti-inflamatório, por curto período de tempo e em caso de dor severa.
 - Antidepressivos principalmente os tricíclicos.
 - Relaxante muscular.
3. O tratamento conservador é eficaz em 80% dos pacientes, dentro de quatro a seis semanas.
 4. Nos pacientes cuja lombalgia seja em consequências das hérnias sequestradas, jovens, com leve déficit neurológico, hérnias pequenas, pouca degeneração discal, seriam os que melhor se beneficiariam do tratamento conservador.
 5. Nas crises de lombalgia por comprometimento do ciático, 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.
 6. 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



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

- fisioterapia de apoio com analgesia e relaxamento, principalmente através de exercícios e alongamentos.
7. No caso de difícil controle da dor, bloqueio transforaminal e uma ótima alternativa, eficaz e segura no tratamento da dor ciática secundária a 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.
 8. **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 a estenose óssea foraminal.
 9. Há uma tendência na literatura de que o paciente ideal para o tratamento cirúrgico de HDL refratária ao tratamento clínico e aquele que apresenta, no período peroperatório, a cialgia como sintoma predominante a 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 Lasegue.
 10. Nos últimos anos têm 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 cirúrgico, por permitir retorno precoce ao trabalho.



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

DO PLEITO

- 1. Exames pré-operatórios e cirurgia ortopédica (coluna) em caso de indicação cirúrgica.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, o Requerente, de 65 anos, apresenta quadro de claudicação neurogênica severa secundária a estenose de canal lombar e foi encaminhado para tratamento cirúrgico.
2. Consta nos documentos enviados ao NAT comprovação da solicitação administrativa prévia da consulta em ortopedia (cirurgia), porém não há evidências que comprove a negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado).
3. Com as informações enviadas ao NAT, não é possível afirmar que se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho federal de Medicina), visto que o Requerente não apresenta nenhum sinal de alerta, como perda de peso, febre, trauma com suspeita de fratura ou sinais e sintomas que sugiram síndrome da cauda equina.
4. Em conclusão, este NAT entende que a consulta em ortopedia especialista em cirurgia pleiteada é padronizada pelo SUS e é uma opção para o caso em tela, sendo que outra opção seria uma consulta com neurocirurgião, especialista em coluna. Em relação a prioridade da consulta, não é possível avaliar, visto que as informações referentes ao tratamento conservador que o Requerente foi submetido são muito escassas, é informado apenas que ele já realizou fisioterapia, sem descrever por quanto tempo e quais os resultados alcançados, e que fez uso analgésico sem melhora. Em relação aos exames pré-operatórios, podemos afirmar que serão necessários, caso o especialista confirme a necessidade da cirurgia. Cabe a Secretaria de Estado da Saúde



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

disponibilizar a consulta, em um prazo que respeite o princípio da razoabilidade. Por fim, sugerimos que a consulta, seja disponibilizada preferencialmente em estabelecimento de saúde que realize o procedimento cirúrgico, evitando, caso haja confirmação da indicação cirúrgica do especialista, deslocamento desnecessário do Requerente.



REFERÊNCIAS

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

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>