



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

---

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 614/2022**

Vitória, 09 de Maio de 2022.

Processo nº [REDACTED]

impetrado por [REDACTED]

[REDACTED].

O presente parecer técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Rio Novo do Sul – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Ralfh Rocha de Souza, sobre o procedimento: “**descompressão endoscópica de coluna**”.

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Autor, 71 anos, possui discopatia multissegmentar com estenose de canal lombar, apresentando fortes dores, limitação das suas atividades diárias e diminuição da qualidade de vida. Foi indicada a realização de descompressão endoscópica em nível de L2-L3. Por não possuir condições financeiras para arcar com os custos da cirurgia, recorre à via judicial.
2. Às fls. 13 consta laudo médico, emitido em 16/03/2022 pelo neurocirurgião Dr. Rogério Santos Pacheco, informando que o paciente apresenta quadro de dor estável, sem uso de medicamento, ainda com dificuldade de deambular, ressonância com discopatia importante multissegmentar com estenose de canal lombar no nível adjacente a artrodese iniciada em L3 até S1. Canal amplo de L3 a S1, mas com agrupamento de raízes L2-L3 com leve listese degenerativa localmente. Relata que avaliarão a necessidade de descompressão endoscópica em nível de L2-L3 para tratamento da discopatia.
3. Às fls. 14 apresenta encaminhamento ao fisioterapeuta com o mesmo relato do quadro



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

---

acima.

4. Às fls. 15 consta receituário médico, emitido pelo neurocirurgião Dr. Rogério Santos Pacheco, com prescrição de prebictal, gesico, lisador e omeprazol.
5. Às fls. 16 e 17 apresentam laudo de ressonância magnética da coluna lombar, realizada em 09/01/2022, evidenciando alterações pós manipulação cirúrgica, anterolistese grau 1 L2 sobre L3, espondilodiscoartrose, edema ósseo medular comprometendo extensamente os corpos vertebrais L2-L3, o disco intervertebral L2-L3, sem sinais de espessamento de partes moles e podendo ter natureza reativa, mas admite a possibilidade de espondilodiscite. Em L2-L3 há redução da amplitude do canal raquiano por alterações degenerativas, determinando impressão no saco dural e agrupamento da raízes da cauda equina no interior do mesmo.

## 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



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

---

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 coluna lombar é composta por cinco vértebras (L1-L5) e recebe a maior quantidade de peso do corpo, tornando-se uma fonte comum de dor nas costas. Doenças degenerativas, deformidades e outras lesões podem levar à instabilidade da coluna vertebral que, se resultarem em pressão sobre a medula espinhal e/ou sobre os nervos circundantes, podem vir a causar dor nas costas e/ou parestesia (dormência) e fraqueza muscular que se estende até os quadris, glúteos e pernas.
2. 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. Entre 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.
3. A base anatomopatológica da degeneração do disco intervertebral envolve a diminuição da porcentagem de água, proteoglicanos, e da resistência do ânulo fibroso e do núcleo pulposo. O rompimento do ânulo fibroso leva à formação da hérnia lombar, que pode ser contida, não contida, extrusa subligamentar ou transligamentar e sequestrada. O processo inflamatório e o fragmento do disco intervertebral adjacente à raiz nervosa



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

---

lombar resultam em lombociatalgia, que piora ao sentar ou após tosse, distribuída pelo dermatomo correspondente ao nervo espinal, sinal de Lasègue presente, ou após a elevação da perna estendida, e, em alguns casos, com paresia ou plegia do músculo correspondente ao nervo espinal do nível neurológico comprometido.

4. O diagnóstico é feito por meio do exame físico, com o quadro clínico apresentado pelo paciente, com a radiografia, a qual evidencia diversas alterações relacionados ao surgimento da lombociatalgia, como: escoliose; diferença de comprimento entre os membros; alterações sacroilíacas; hiperlordose lombar; espondilólise; estreitamento do espaço entre as vértebras; sacro horizontalizado. O diagnóstico também é feito, além da avaliação clínica, com exames de imagem como 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%. (Projeto Diretrizes, 2007).
5. A **síndrome da cauda equina (SCE)** classicamente caracteriza-se pela compressão das raízes nervosas lombares, sacrais e coccígeas distais ao término do cone medular na altura das vértebras L1 e L2. Apesar de se tratar de uma doença de baixa incidência na população, gira em torno de 1:33.000 a 1:100,000 habitantes, suas sequelas ainda geram altos custos para a saúde pública.
6. Os sinais clínicos característicos da patologia são: dor lombar intensa frequentemente acompanhada de ciatalgia, anestesia em sela, disfunção esfinteriana e sexual e fraqueza de membros inferiores. Para o diagnóstico, não é obrigatória a presença de todos esses sinais simultaneamente. A história clínica e o exame neurológico levam à necessidade de confirmação diagnóstica através de exames complementares, como tomografia computadorizada (TC) e o padrão ouro, ressonância magnética (RM)

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento primário da hérnia de disco lombar é conservador.



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

2. A maioria dos pacientes tem seus sintomas aliviados com o tratamento conservador. Para aqueles que não obtêm alívio dos sintomas no período de 3 a 6 semanas, a melhora dos sintomas é mais rápida no tratamento cirúrgico que no convencional. Os casos que se manifestam por síndrome da cauda equina, déficit neurológico intenso ou progressivo e os casos hiperálgicos, sem controle com tratamento conservador, devem ser considerados para a cirurgia.
3. 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;
4. **Descompressão das estruturas nervosas** – O tratamento varia conforme o caso sendo que alguns não necessitam de cirurgia e tem seu tratamento baseado no uso de medicamentos analgésicos/anti-inflamatórios e fisioterapia a fim de conseguir reabilitação da coluna vertebral. Outros precisam de tratamento cirúrgico no sentido de se evitar danos neurológicos e dor que limita a vida do indivíduo.
5. As únicas indicações absolutas para o tratamento cirúrgico da hérnia de disco lombar, de acordo com o Projeto Diretrizes (2007), são a síndrome de cauda equina, que é uma situação rara em que o paciente apresenta alteração do esfíncter vesical (bexiga), alteração da potência sexual e paresia (formigamento) nos membros inferiores e as lombalgias infecciosas com evolução desfavorável. As outras indicações cirúrgicas relativas ocorrem nos casos de dor ciática intratável pelas medidas conservadoras por período de seis a doze semanas, parestesia no dermatomo (área da pele que é inervada por fibras nervosas) correspondente ao nível da hérnia de disco lombar, alterações motoras relacionadas a raiz nervosa que está sendo comprimida pela hérnia e



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

---

lombociatalgia resistente ao tratamento conservador por mais de 12 meses.

## **DO PLEITO**

1. **Descompressão endoscópica de coluna.**
2. A cirurgia minimamente invasiva da coluna evoluiu para um procedimento alternativo e seguro para uma série de distúrbios da coluna vertebral. A técnica cirúrgica é particularmente adequada para a discectomia, o tratamento de hérnias de disco ou para estabilizar segmentos de coluna vertebral instáveis.

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. De acordo com os Documentos anexados, o Requerente foi submetido a procedimento cirúrgico prévio de artrodese porém com estenose do canal medular em L2-L3. Com quadro estável de dor e com uma possível indicação de cirurgia.
2. Sabe-se pela literatura que uma das indicações de cirurgia na hérnia de disco é a falência ao tratamento clínico. No laudo médico anexado verificamos que o neurocirurgião relata que o quadro de dor é estável sem uso de medicamentos, e que avaliaria a possibilidade de descompressão endoscópica. Não foi identificado encaminhamento para a cirurgia ou solicitação da mesma, tampouco informação da imprescindibilidade de realização do procedimento via endoscópica.
3. Sendo assim, este Núcleo entende que para que qualquer cirurgia seja realizada no âmbito do SUS, o paciente tem que obrigatoriamente ser avaliado pelo médico que realizará o procedimento, para ratificar a indicação, definir a técnica a ser utilizada, os procedimentos necessários, verificação da necessidade de novos exames etc... **Entendemos portanto que o Requerente deve ser encaminhado para avaliação do neurocirurgião ou do ortopedista com área de atuação em coluna, em serviço do SUS que realize procedimentos cirúrgicos nesta**



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

---

**área.** Cabe ao cirurgião avaliar a necessidade de cirurgia no momento e se as técnicas disponibilizadas pelo SUS atendem as necessidades do paciente.

4. É de responsabilidade da SESA disponibilizar tal consulta. Mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização da consulta, ele deve solicitar o procedimento pleiteado, acompanhar a tramitação até que a consulta seja efetivamente agendada e informar a Requerente.
5. 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, entende-se que deve ser definida uma data, que respeite o princípio da razoabilidade, para realizar a consulta e o procedimento cirúrgico, se for o caso.



**REFERÊNCIAS**

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA & CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Projeto Diretrizes – Hérnia de Disco Lombar no Adulto Jovem. Participantes: Façanha, Filho FAM et al. 30 de outubro de 2007.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, Sociedade Brasileira de Neurocirurgia - Hérnia de Disco lombar no Adulto: Tratamento cirúrgico; Disponível em: [http://diretrizes.amb.org.br/ans/hernia\\_de\\_disco\\_lombar\\_no\\_adulto-tratamento\\_cirurgico.pdf](http://diretrizes.amb.org.br/ans/hernia_de_disco_lombar_no_adulto-tratamento_cirurgico.pdf)

Dias, A.L.N. et al. Epidemiologia da síndrome da cauda equina. O que mudou até 2015. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2018;53(1):107–112. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rbort/v53n1/pt\\_1982-4378-rbort-53-01-00107.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rbort/v53n1/pt_1982-4378-rbort-53-01-00107.pdf)