

NOTA TÉCNICA 9845

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Unidade Jurisdicional Única dos Juizados Especiais

COMARCA: João Monlevade

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 44 anos

DOENÇA(S) INFORMADA(S): M976

PEDIDO DA AÇÃO: Cirurgia lombar com descompressão radicular

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM:71430

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0009845

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Trata-se de ação ajuizada por XXXXXXXXXXXX em face do ESTADO DE MINAS GERAIS, IPSEMG, e FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER, na qual o autor requer, liminarmente, a concessão de ordem judicial para realização de procedimento de cirurgia lombar com descompressão radicular (L4-L5).

Perguntas:

1) No caso dos autos, a cirurgia pleiteada pelo autor é considerada de natureza urgente/emergente, ou se trata de cirurgia de natureza eletiva?

R: Não. O tratamento cirúrgico indicado e requerido, possui caráter eletivo. Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar situação de urgência médica, conforme critérios técnicos estabelecidos pelo CFM (Conselho Federal de Medicina). Lesões traumáticas da coluna vertebral, Síndrome da calda equina, são exemplos de situações que geralmente têm indicação de tratamento cirúrgico em caráter de urgência, que não se enquadra caso em tela.

2) Caso se trate de cirurgia de natureza eletiva, eventual retardo na realização do procedimento cirúrgico, no transcorrer do processo, poderá causar no autor risco de vida, ou risco de perda/debilidade permanente de membro, sentido ou função no autor, ou risco de outra natureza?

R: No caso concreto paciente já apresenta déficit (descrito como crônico).

Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar refratariedade às alternativas terapêuticas conservadoras existentes, e que elas foram esgotadas. O manejo do paciente com quadro de dor crônica, deve ser feito por equipe multidisciplinar. Não ficou demonstrado que a cirurgia indicada, configura-se na última e única alternativa segura e eficaz para o tratamento do paciente em tela. O tratamento cirúrgico pode ser a alternativa para o tratamento do autor, mas não tem caráter de urgência/emergência.

3) É possível descrever o valor/custos da realização de tal procedimento cirúrgico?

R: Não.

4) O IPSEMG, em razão de plano/contrato com o autor (por ser servidor público segurado no IPSEMG), é responsável pela realização/custeio do referido procedimento cirúrgico?

R: Foge ao escopo da nota técnica esse tipo de avaliação, trata-se de contrato entre as partes.

5) O perito poderá descrever outras questões técnicas a fim de propiciar ao Juízo o conhecimento necessário, para compreender a necessidade, eficácia, eficiência, efetividade e segurança do procedimento cirúrgico que o autor pretende ter acesso, possibilitando uma melhor qualificação técnica nas decisões judiciais.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Relatório médico especializado - Pela Neurocirurgia / Cirurgia de Coluna

Trata-se de paciente atendido por mim a nível ambulatorial no Hospital Márcio Cunha com queixa de lombociatalgia típica refratária à esquerda associada a déficit motor em pé esquerdo. Quadro iniciado em longa data, de aspecto crônico atual.

Ao exame neurológico, nota-se pé caído à esquerda (paresia para a dorsiflexão do pé esquerdo), com sinal de Lasègue positivo à esquerda.

Realizou RNM da coluna LS com achado de hérnia discal L4-L5 póstero-lateral à esquerda.

Diante disso, o diagnóstico é de radiculopatia compressiva grave a nível de L4-L5 à esquerda, indicando-se discectomia lombar com descompressão radicular prioritária.

Foi emitida guia para solicitação de autorização de procedimentos sequenciais operatórios pelo convênio IPSEMG, que emitiu resposta ao paciente negando a autorização para a realização do ato cirúrgico.

Após o conhecimento do fato, fiz orientações pertinentes ao paciente sobre o diagnóstico, as possibilidades de manejo e o prognóstico esperado com e sem a intervenção operatória. Emiti relatório especializado ao paciente sobre a gravidade do quadro neurológico atual, a pedido do próprio paciente, e me coloquei à disposição.

Atenciosamente,



Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de lombociatalgia crônica com compressão das raízes lombares, tendo sido indicado tratamento cirúrgico para correção de radiculopatia compressiva a E. Consta que o paciente vem evoluindo com lombociatalgia a E típica refratária associada de déficit motor pé esquerdo.

Estudos populacionais em adultos no Brasil revelam uma prevalência de dor crônica de aproximadamente 40%. A prevalência de dor crônica intensa (intensidade ≥ 8) gira em torno de 10%; e de dor crônica com limitação grave ou generalizada em torno de 5%. Lombalgia é a dor crônica mais comum, seguida por dor em joelho, ombro, cabeça, costas e pernas ou membros inferiores. Um estudo realizado em capitais brasileiras mostrou prevalências de 77% para dor na coluna, 50% no joelho, 36% no ombro, 28% no tornozelo, 23% nas mãos e 21% na cervical.¹

Dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou que lembra a sensação causada por uma lesão tecidual real ou potencial. O conceito da dor é construído por cada indivíduo, influenciado por fatores biopsicossociais e, com base nas experiências dolorosas.¹

Dor neuropática é aquela decorrente de “lesão ou doença” do sistema nervoso somatossensitivo. Para que a dor seja classificada como neuropática, é necessário que haja manifestações clínicas neurológicas compatíveis e a sua comprovação por meio de exames complementares.¹

Dor nociplástica (de “plasticidade”, ou adaptação) é definida em termos de uma “nocicepção alterada”, em que os tecidos envolvidos se encontram sensibilizados. Essa dor ocorre mesmo que não haja evidência de lesão real ou ameaça que ative nociceptores periféricos ou de doença ou lesão do sistema somatossensório. A dor generalizada, vista na fibromialgia, é uma das condições clínicas em que o componente nociplástico se manifesta. Também é possível apresentar uma combinação de dor nociplástica e nociceptiva.¹

A degeneração da coluna vertebral é um evento diretamente associado ao processo natural de envelhecimento do ser humano. A **estenose lombar** da coluna vertebral é o estreitamento do canal medular na região lombar.

Estenose lombar da coluna vertebral é uma causa comum de lombociatalgia em pacientes idosos e de meia idade. Os sintomas de estenose lombar da coluna variam dependendo da parte da medula espinhal e dos nervos afetados. As pessoas podem sentir dor, formigamento, fraqueza e redução dos reflexos em um pé ou perna. Inicialmente os pacientes apresentam dificuldade para caminhar distâncias longas, sem dor ao repouso, o que com o passar do tempo evolui para dores à caminhadas cada vez mais curtas até o momento que o simples ato de ficar em pé esteja altamente limitado pela dor. Casos mais extremos poderão apresentar conjunto de sinais e sintomas que fazem parte da síndrome da cauda equina considerada uma situação de urgência.

A estenose do canal vertebral pode ser dividida em primária (congenita), rara, que acomete cerca de 9% dos pacientes, ou secundária (adquirida), relacionada ao espessamento das estruturas que circundam o saco dural, ocasionando um estreitamento gradual do canal espinhal, frequentemente observado em pacientes acima dos 50 anos.

A estenose adquirida é uma doença degenerativa de evolução arrastada,

a sintomatologia também possui caráter lentamente progressivo. Exceto nos casos considerados de urgência que apresentam deficit neurológico agudo e/ou progressivo, ou seja, perda de força muscular importante ou alteração esfíncteriana (perda de controle da urina e das fezes), o plano terapêutico deve ser individualizado para cada paciente e a sintomatologia que apresenta. Inicialmente são preconizadas abordagens menos invasivas, através de medidas conservadoras como fisioterapia, hidroterapia, acupuntura e tratamento medicamentosos.

A finalidade da instituição de tratamento cirúrgico nos quadros algícos crônicos, visa aliviar a sintomatologia e as limitações funcionais presentes. Apesar de que a cirurgia da coluna vertebral vem passando por uma grande evolução nos últimos anos, fazendo com que os grandes procedimentos sejam substituídos pelos menos invasivos, com incisões mínimas, o tratamento cirúrgico é indicado como a última opção após uma série de tratamentos multidisciplinares, não cirúrgicos consistentes terem sido tentados por vários meses, sem resultados bem-sucedidos.

Mesmo com a evolução dos procedimentos cirúrgicos, que são cada vez menos invasivos e com menos efeitos adversos, em alguns casos ainda é possível, que a dor persista de forma crônica e o paciente necessite de outros tipos de abordagens.

Em virtude disso, surgiu uma condição chamada Síndrome do Insucesso da Cirurgia Espinhal, ou FBSS, do inglês *failed back surgery syndrome*. Acredita-se que de 10% a 40% dos pacientes são afetados por essa complicação.

A síndrome é uma condição utilizada para descrever o quadro quando o resultado da cirurgia da coluna não satisfaz às expectativas do paciente e de seu médico, e a dor permanece mesmo após uma ou mais intervenções. Entre os possíveis causadores da ocorrência desse problema podem ser citados um planejamento cirúrgico inadequado, e condições individuais do paciente.

A avaliação da dor quanto a sua duração, localização, histórico, intensidade, qualidade, padrão, periodicidade, fatores que interferem na

melhora ou piora, avaliação dos antecedentes pessoais e familiares são essenciais para um bom diagnóstico. A abordagem centrada na pessoa assume um papel fundamental para a compreensão do quadro clínico e do contexto do paciente. Nas diversas etapas da avaliação, sentimentos, ideias, funções e expectativas do indivíduo devem ser consideradas.¹

Considerando a complexidade do fenômeno álgico, uma única modalidade de tratamento não é suficiente para produzir os resultados esperados: redução da sintomatologia álgica, redução / eliminação dos défices funcionais quando presentes, e melhoria da qualidade de vida. De fato, as evidências científicas mostram que múltiplas abordagens produzem efeitos mais significativos na redução da dor e na melhora da capacidade funcional.

A evidência científica sobre o manejo da dor lombar, aguda ou crônica, vem crescendo nos últimos anos, sem possibilitar, no entanto, afirmações definitivas sobre reais efeitos da maioria das intervenções, bem como de possível superioridade de uma sobre a outra. Há razoável evidência contemporânea de benefício com tratamento conservador: medicamentoso, intervenções fisioterapêuticas, exercício e abordagem biopsicossocial da dor lombar crônica.

O SUS possui protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento farmacológico da dor crônica, além de disponibilizar procedimentos cirúrgicos através da tabela SIGTAP-DATASUS.

“É imperativo conhecer a fisiopatogenia da estenose de canal e determinar a localização precisa da causa da dor pela clínica e pelo estudo por imagem para a indicação do tratamento conservador ou cirúrgico. No que diz respeito à necessidade de tratamento cirúrgico, saber quando indicar somente a descompressão ou associar a artrodese é a meta para obter o melhor resultado”.³

“O tratamento cirúrgico da estenose de canal lombar tem indicação nos casos de falha do tratamento conservador. **Também está indicado nos casos em que a sintomatologia já de início é muito aguda**, com comprometimento radicular associado a sintomas de alterações sensitivas e motoras de

dermátomo com agravamento progressivo ou a sintomas de claudicação neurogênica severa. Nessas circunstâncias, os sintomas devem ser relacionados com os achados do estudo por imagem, que irá guiar o tipo de cirurgia a ser realizada quanto ao segmento e à área que vai necessitar da descompressão”.³

A descompressão da cauda equina e/ou radicular associada ou não à artrodese é o padrão ouro quando a intervenção cirúrgica é necessária.³

Apesar de existirem na rede pública, opções de tratamento neurocirúrgico e/ou ortopédico para o tratamento da estenose do canal vertebral lombar, no **caso concreto** não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar refratariedade às medidas conservadoras e imprescindibilidade de instituição do tratamento cirúrgico proposto / requerido. Não é possível afirmar que o tratamento cirúrgico proposto é garantia de resultado superior as intervenções não cirúrgicas.

O tratamento cirúrgico indicado e requerido, possui caráter eletivo. Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar situação de urgência médica, conforme critérios técnicos estabelecidos pelo CFM (Conselho Federal de Medicina).

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS Nº 1, de 22 de agosto de 2024. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica
<file:///D:/Nota%20T%C3%A9cnica/Dor/dor-cronica-nova-portaria-em-23-08-2024.pdf>
- 2) Diretriz da OMS para tratamento não cirúrgico de dor lombar crônica primária em adultos em ambientes de atenção primária e comunitária.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240081789>
- 3) Estenose Degenerativa do Canal Lombar. Rev. Bras. Ortop. 2021;56(1):9–17.
<https://www.scielo.br/j/rbort/a/CqWrmp8Sb5zmqxjnchnXh8S/?lang=pt&format=pdf>
- 4) Um ensaio clínico randomizado e controlado de cirurgia de fusão para estenose espinhal lombar. Publicado em 14 de abril de 2016. N Engl J Med. 2016;

374:1413-1423. DOI: 10.1056/NEJMoa1513721

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1513721>

5) Laminectomia mais fusão versus laminectomia sozinha para espondilolistese lombar. Publicado em 14 de abril de 2016. New England Journal Med. 2016; 374:1424-1434. DOI: 10.1056/NEJMoa1508788.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1508788>

6) SIGTAP-DATASUS.

<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

7) Resolução Nº 238 de 06/09/2016. Dispõe sobre a criação e manutenção, pelos Tribunais de Justiça e Regionais Federais de Comitês Estaduais da Saúde, bem como a especialização de vara em comarcas com mais de uma vara de fazenda Pública.

<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2339>

8) Resolução Nº 479 de 11/11/2022.

<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/4818>

V – DATA: 17/04/2026

NATJUS – TJMG