Nota Técnica 501846

Data de conclusão: 23/04/2026 21:27:55

Paciente

Idade: 55 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Ariquemes/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 2º Juizado Especial de Ariquemes

Tecnologia 501846-A

CID: M18 - Artrose da primeira articulação carpometacarpiana

Diagnóstico: artrose da primeira articulação carpometacarpiana

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: consulta em ortopedia

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: consulta em ortopedia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: acompanhamento na atenção primária para otimização do tratamento medicamentoso e fisioterapia.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: consulta em ortopedia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: consulta em ortopedia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Na artrose trapézio-metacarpiana, o tratamento inicial com melhor respaldo científico é conservador e escalonado. Medidas educativas, proteção articular e adaptação de tarefas integram a abordagem inicial e apresentam benefício modesto em artrose da mão (3). Os exercícios/terapia da mão dirigidos ao polegar têm evidência de melhora da dor e função, ao menos no curto prazo. O uso de órtese para estabilização da base do polegar pode contribuir para redução de dor e incapacidade, sobretudo em seguimento mais prolongado (4,5). Entre as opções farmacológicas, os anti-inflamatórios tópicos, como o diclofenaco gel, têm evidência de eficácia em artrose da mão e constituem opção analgésica razoável no manejo inicial (6). Em contrapartida, a infiltração intra-articular com corticosteroide na primeira articulação carpometacarpiana não demonstrou benefício clínico relevante em ensaio randomizado controlado por placebo, razão pela qual não deve ser apresentada como medida de eficácia estabelecida nessa articulação específica (7).
Assim, na prática assistencial, a avaliação ortopédica para eventual tratamento cirúrgico tende a ser reservada para os casos com dor e disfunção persistentes, clinicamente relevantes, apesar de tratamento conservador adequadamente conduzido. A literatura de maior nível disponível para cirurgia da artrose trapézio-metacarpiana compara principalmente técnicas cirúrgicas entre si e não demonstra superioridade inequívoca de um procedimento específico, de modo que a indicação operatória deve ser entendida como etapa de escalonamento terapêutico diante de refratariedade clínica, e não como conduta inicial (8).
Na lesão meniscal degenerativa com extrusão parcial, a primeira linha é reabilitação estruturada, com educação, modulação de carga, analgesia conforme necessidade, recuperação de amplitude de movimento, fortalecimento progressivo de quadríceps, isquiotibiais, glúteos e abdutores do quadril, além de treino de equilíbrio e controle neuromuscular; a artroscopia não deve ser adotada como rotina inicial, porque ensaios randomizados mostraram que a meniscectomia parcial artroscópica não foi superior a cirurgia simulada nem a fisioterapia/exercício em meniscopatia degenerativa (9,10). Na lesão parcial isolada do ligamento colateral fibular, desde que não haja instabilidade importante em extensão ou lesão ligamentar associada, o tratamento habitual é não cirúrgico, com proteção temporária, eventual joelheira articulada, progressão de carga conforme tolerância e reabilitação precoce (11). Já na tendinopatia do quadríceps, embora a evidência específica seja mais limitada do que na meniscopatia degenerativa, o manejo baseado em evidência favorece controle de

sobrecarga e programa progressivo de carga do tendão/mecanismo extensor, usualmente começando com exercícios isométricos para analgesia e evoluindo para fortalecimento isotônico e funcional (12); não há boa base para infiltração de corticosteroide como tratamento de rotina em tendinopatia do mecanismo extensor. Assim, o encaminhamento ao ortopedista deve ser considerado quando houver persistência de dor, falseio ou limitação funcional apesar de tratamento conservador estruturado, ou quando surgirem sinais de gravidade, como trauma agudo com incapacidade de apoio, grande derrame, instabilidade grosseira, bloqueio articular verdadeiro, suspeita de ruptura completa do mecanismo extensor, fratura ou infecção articular.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
consulta médica especializada	consulta com ortopedista	1	R$ 350,00	R$ 350,00

*conforme orçamento de menor valor anexado ao processo (133626278 - Pág. 1)
Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para procedimentos clínicos e cirúrgicos. A tabela acima foi elaborada considerando o orçamento informado pela parte autora. A consulta médica em atenção especializada está disponível no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo total de R$ 10,00. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: avaliação da gravidade das lesões e definição da conduta mais adequada para alívio da dor e melhora funcional

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: consulta em ortopedia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de parte autora com queixa de artrose trapézio-metacarpiana bilateral, associada a dor progressiva, redução de força e limitação funcional para o movimento de pinça e atividades da vida diária, além de alterações no joelho direito descritas como lesão parcial/estiramento do ligamento colateral fibular, tendinopatia do quadríceps e degeneração com extrusão parcial do menisco lateral. Consta solicitação de consulta com ortopedista no SISREG desde 07/07/2025, classificada como risco azul, correspondente a atendimento eletivo, permanecendo pendente na data da extração dos dados.
O parecer é desfavorável ao pleito de consulta ortopédica no prazo máximo de 10 dias, pois os elementos constantes nos autos não indicam situação de urgência ou emergência que justifique antecipação judicial, tratando-se de demanda de natureza eletiva neste momento. Além disso, não há detalhamento do tratamento conservador já realizado, como tempo de evolução dos sintomas, duração, frequência, adesão e resposta às medidas terapêuticas comumente empregadas e indicadas, como fisioterapia, o que limita a análise da gravidade atual do quadro. Ademais, a parte autora já se encontra regulada no SUS para avaliação ortopédica, sendo a consulta pleiteada procedimento previsto no sistema e cujo acesso se dá por meio da regulação ambulatorial especializada. Nessa perspectiva, a antecipação judicial de consulta disponível no SUS, sem elementos objetivos de urgência e sem conhecimento da

situação clínica dos demais pacientes que aguardam na fila, pode comprometer a isonomia e a equidade na alocação dos recursos assistenciais.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Marshall M, Watt FE, Vincent TL, Dziedzic K. Hand osteoarthritis: clinical phenotypes, molecular mechanisms and disease management. Nat Rev Rheumatol. 2018;14(11):641-656.

2. Duong V, Oo WM, Ding C, Culvenor AG, Hunter DJ. Evaluation and Treatment of Knee Pain: A Review. JAMA. 2023;330(16):1568-1580.

3. Dziedzic KS, Nicholls E, Hill S, Hammond A, Handy J, Thomas E, et al. Self-management approaches for osteoarthritis in the hand: a 2×2 factorial randomised trial. Ann Rheum Dis. 2015;74(1):108-18.

4. Karanasios S, Korakakis V, Mylona A, Koumantakis GA. Exercise-Based Interventions Are Effective in the Management of Patients with Thumb Carpometacarpal Osteoarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. Healthcare (Basel). 2024;12(8):823.

5. Rannou F, Dimet J, Boutron I, Baron G, Fayad F, Macé Y, et al. Splint for base-of-thumb osteoarthritis: a randomized trial. Ann Intern Med. 2009;150(10):661-9.

6. Altman RD, Dreiser RL, Fisher CL, Chase WF, Dreher DS, Zacher J. Diclofenac sodium gel in patients with primary hand osteoarthritis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Rheumatol. 2009;36(9):1991-9.

7. Meenagh GK, Patton J, Kynes C, Wright GD. A randomised controlled trial of intra-articular corticosteroid injection of the carpometacarpal joint of the thumb in osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2004;63(10):1260-3.

8. Wajon A, Vinycomb T, Carr E, Edmunds I, Ada L. Surgery for thumb (trapeziometacarpal joint) osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(2):CD004631

9. Sihvonen R, Paavola M, Malmivaara A, Itälä A, Joukainen A, Nurmi H, et al. Arthroscopic partial meniscectomy versus sham surgery for a degenerative meniscal tear. N Engl J Med. 2013;369(26):2515-24.

10. Noorduyn JCA, van de Graaf VA, Willigenburg NW, Butter IK, de Gast A, Mol BWJ, et al. Effect of physical therapy vs arthroscopic partial meniscectomy in people with degenerative meniscal tears: five-year follow-up of the ESCAPE randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2022;5(7):e2220394.

11. Yaras RJ, Miller P, Speer KP. Lateral collateral ligament knee injury. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.

12. Breda SJ, Oei EHG, Zwerver J, Visser E, Waarsing E, Krestin GP, et al. Effectiveness of progressive tendon-loading exercise therapy in patients with patellar tendinopathy: a randomised clinical trial. Br J Sports Med. 2021;55(9):501-9.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico anexado aos autos, de 20/02/2026, a parte autora apresenta artrose trapézio-metacarpiana bilateral, diagnosticada por ultrassonografia, associada a dor progressiva, redução de força e limitação funcional para o movimento de pinça e para atividades da vida diária, tendo sido afastada a hipótese diagnóstica de artrite reumatoide. Apresenta, ainda, no joelho direito, lesão parcial/estiramento do ligamento colateral fibular, tendinopatia do quadríceps e degeneração com extrusão parcial do menisco lateral, também evidenciadas por ultrassonografia. Segundo o laudo, o quadro cursa com dor persistente, sensação de instabilidade articular e impacto funcional relevante (133626277, p. 1-2).
Consta, ainda, encaminhamento no SISREG, de 07/07/2025, com classificação de risco azul (atendimento eletivo), com situação pendente por ocasião da extração dos dados, em 16/02/2026 (133626277, p. 3).
Não constam nos autos informações adicionais acerca de comorbidades, tempo de evolução dos sintomas ou tratamentos já realizados. Também não foram anexados exames de imagem.
Nesse contexto, a parte autora pleiteia provimento jurisdicional para realização de consulta com médico ortopedista, preferencialmente com subespecialização em cirurgia da mão e do joelho, no prazo máximo de 10 dias, sendo este o objeto da presente nota técnica. O pedido de consulta com neurocirurgião será analisado em nota técnica própria.
A artrose da mão é uma forma muito comum de osteoartrose, especialmente com o envelhecimento, e costuma causar dor de padrão mecânico, rigidez geralmente curta, perda de força e dificuldade para atividades finas do dia a dia, como segurar, torcer, abrir recipientes e fazer movimentos de pinça. O diagnóstico é, em regra, clínico, podendo ser complementado por radiografia e, em casos selecionados, por ultrassonografia ou ressonância magnética. Dentro desse grupo, a artrose trapézio-metacarpiana (rizartrose) — localizada na base do polegar — merece destaque porque compromete de forma importante a função da mão. Ela costuma se manifestar com dor na base do polegar, sensibilidade local, redução da força de pinça e piora em tarefas manuais habituais. Em idosos, sua prevalência radiográfica pode ser elevada, tendo sido descrita em cerca de 25% dos homens e 40% das mulheres acima de 75 anos. O diagnóstico se apoia na história clínica, no exame físico local e na avaliação radiográfica, muitas vezes graduada pela classificação de Eaton (1).
Os transtornos internos do joelho correspondem, de forma geral, a lesões de meniscos, ligamentos e tendões que podem gerar dor, derrame, sensação de falseio, limitação funcional e, em alguns casos, sintomas mecânicos. As lesões meniscais são frequentes, com estimativa em torno de 12% da população adulta, e o diagnóstico combina história clínica, exame físico e,

quando necessário, métodos de imagem. No caso desta autora, a degeneração com extrusão parcial do menisco lateral sugere meniscopatia de caráter degenerativo; a lesão parcial do ligamento colateral fibular pode contribuir para queixa de instabilidade lateral; e a tendinopatia do quadríceps integra o espectro das lesões por sobrecarga do mecanismo extensor do joelho. Do ponto de vista diagnóstico, o quadro está compatível com gonartrose, que cursa com lesões das estruturas do joelho de caráter degenerativo e caráter insidioso, sendo as radiografias simples com apoio monopodal o exame de escolha (2).

Tecnologia 501846-B

CID: M47.2 - Outras espondiloses com radiculopatias

Diagnóstico: outras espondiloses com radiculopatias

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: consulta em neurocirurgia

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: consulta em neurocirurgia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: consulta médica com ortopedista especializado em coluna.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: consulta em neurocirurgia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: consulta em neurocirurgia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O tratamento conservador é a abordagem de primeira linha na maioria dos casos de cervicobraquialgia/radiculopatia por degeneração cervical, sobretudo na ausência de déficit neurológico progressivo. Em termos práticos, ele combina educação e ajuste de atividades (evitar movimentos que exacerbam os sintomas, manter rotina com adaptações), analgesia conforme perfil clínico (anti-inflamatórios

por curto período quando apropriados, adjuvantes para dor neuropática quando houver componente radicular), e reabilitação ativa. Quando a dor radicular persiste apesar dessas medidas, pode-se considerar intervenções como bloqueio seletivo/epidural (com objetivo principalmente analgésico e funcional), sempre com reavaliação clínica seriada para identificar sinais de piora neurológica [2].

Quando há indicação cirúrgica, a artrodese cervical anterior em múltiplos níveis é um procedimento amplamente utilizado no tratamento da mielopatia e radiculopatia cervicais degenerativas, com boa eficácia em aliviar dor cervical e radicular, melhorar escores funcionais como mJOA (modified Japanese Orthopaedic Association score) ou NDI (Neck Disability Index) e estabilizar a coluna, especialmente quando há compressão anterior predominante. Estudos de coorte e séries prospectivas mostram taxas de melhora clínica em torno de 70–85% dos pacientes, com consolidação óssea satisfatória na maioria dos casos, embora a taxa de pseudoartrose aumente à medida que se eleva o número de níveis fusionados (particularmente acima de dois níveis). Do ponto de vista de segurança, trata-se de procedimento com perfil de complicações conhecido, incluindo disfagia transitória, disfonia, pseudoartrose, falha de implante e, mais raramente, lesão neurológica, infecção ou complicações vasculares; tais eventos, contudo, são relativamente infrequentes em centros experientes e, na maior parte dos casos, manejáveis. Em síntese, quando bem indicada (compressão anterior multissegmentar, correlação clínico-radiológica e adequada seleção de paciente), a artrodese cervical anterior apresenta boa relação benefício–risco, sendo considerada opção terapêutica efetiva e segura no contexto da doença degenerativa cervical [3].

De forma geral, a urgência em estenose cervical (particularmente na degenerativa com mielopatia) é definida pela presença de déficit neurológico significativo e/ou em progressão, mais do que pelos achados de imagem isoladamente. São considerados critérios de prioridade cirúrgica em caráter urgente: sinais e sintomas de mielopatia moderada ou grave (ex.: alteração de marcha, fraqueza em membros, hiperreflexia patológica, perda de destreza manual), piora neurológica recente durante seguimento conservador e/ou distúrbios esfincterianos atribuíveis à compressão medular; já casos leves, estáveis, sem deterioração documentada, podem ser inicialmente manejados de forma conservadora com cirurgia eletiva reservada para falha terapêutica ou progressão do quadro [4].

Não há evidência de alta qualidade que defina um prazo ideal e universal para a consulta de reavaliação após artrodese cervical. Revisão narrativa com busca nas bases PubMed, CENTRAL e Embase não identificou estudos que comparassem diferentes estratégias de seguimento ambulatorial — nem consulta pós-operatória versus sua omissão — após cirurgia cervical. A qualidade global da evidência para responder "em quantos dias ou semanas deve ocorrer a reavaliação" é, portanto, baixa [5].

A literatura disponível é majoritariamente indireta e se concentra na utilidade dos exames de imagem de rotina nas consultas de seguimento, não na consulta em si. Em coorte retrospectiva com 383 pacientes e 1.155 consultas após fusão cervical, radiografias de rotina motivaram mudança de conduta em apenas 5 de 879 consultas (0,57%) quando história e exame físico eram normais; quando ambos eram anormais, 15 de 34 casos evoluíram para revisão cirúrgica [6]. Estudo sobre artrodese cervical anterior com cage stand-alone chegou à mesma conclusão: radiografias de rotina não alteraram o tratamento e seriam mandatórias apenas diante de sinais ou sintomas sugestivos de complicação [7]. Ensaio randomizado com 200 pacientes submetidos a ACDF de 1 ou 2 níveis comparou radiografias programadas em 2 semanas e 3 meses versus radiografia apenas se clinicamente indicada; um único paciente assintomático com osteoporose teve alteração de conduta, reforçando que, fora subgrupos selecionados, o seguimento tende a ser mais bem guiado por sintomas e fatores de risco do que por controle radiográfico rotineiro [8].

Os dados sobre complicações e retornos não programados indicam que o pós-operatório inicial merece vigilância mais próxima. Em base nacional com 90.298 pacientes submetidos a ACDF de 1 nível, 11,9% procuraram pronto atendimento em até 90 dias, com pico nas semanas 1 e 2; nesse período, 51% dos diagnósticos eram relacionados ao sítio cirúrgico [9]. Em coorte com 2.517 pacientes submetidos à fusão cervical posterior, a mediana do diagnóstico de trombose venosa profunda foi de 7 dias, sepse e embolia pulmonar ocorreram em torno de 14 dias, e infecção do sítio cirúrgico e deiscência em torno de 15 dias; menos de 50% das TVPs e menos de 30% dos TEPs foram diagnosticados antes da alta [10]. Parte relevante das intercorrências emerge, portanto, após a alta hospitalar e nas primeiras semanas de recuperação.
A literatura não sustenta a existência de um intervalo padronizado para reavaliação após artrodese cervical. Faltam estudos comparativos sobre o melhor calendário de seguimento; em pacientes assintomáticos sem achados de alarme, o rendimento de exames de imagem de rotina é baixo; e há plausibilidade clínica para acompanhamento mais atento nas primeiras 2 semanas, período de maior concentração de retornos não programados e complicações iniciais [5–10]. O seguimento deve ser individualizado conforme técnica, número de níveis, presença de osteoporose, complexidade do implante e evolução clínica, com orientação clara sobre sinais de alerta que justifiquem reavaliação precoce.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
consulta médica especializada	consulta com neurocirurgião	1	R$600,00	R$600,00

*conforme único orçamento anexado ao processo (133626278 - Pág. 2)
Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para procedimentos clínicos e cirúrgicos. A tabela acima foi elaborada considerando o orçamento informado pela parte autora. A consulta médica em atenção especializada está disponível no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo total de R$ 10,00. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: permitir avaliação especializada da evolução pós-operatória, identificação de possíveis complicações e definição da conduta mais adequada para recuperação funcional da autora

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: consulta em neurocirurgia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A parte autora foi submetida a artrodese cervical anterior em quatro níveis, com alta hospitalar em 21/08/2025, tendo recebido orientação de retorno ambulatorial sem especificação de prazo. Laudo médico de 20/02/2026 refere persistência de dor cervical, rigidez, limitação importante da mobilidade, parestesias intermitentes em membros superiores e limitação funcional para o trabalho e para as atividades da vida diária. O encaminhamento via SISREG, classificado com risco vermelho, permanecia pendente quando da extração dos dados, em 16/02/2026 — aproximadamente seis meses após a alta hospitalar. A parte autora

pleiteia consulta com neurocirurgião no prazo máximo de 10 dias.
O parecer é desfavorável ao prazo pleiteado de 10 dias, pois não há nos autos elementos que caracterizem urgência para esse intervalo específico. Contudo, a consulta de revisão com neurocirurgião permanece clinicamente indicada, em razão da complexidade da artrodese cervical anterior em quatro níveis e da persistência dos sintomas. Embora as evidências apontem que as principais complicações pós-operatórias tendam a se concentrar nas primeiras duas semanas após o procedimento, a boa prática assistencial recomenda reavaliação especializada, ainda que tardia, quando a paciente permanece sintomática. Assim, recomenda-se que essa consulta seja viabilizada em até 90 dias. Alternativamente, embora o acompanhamento pelo cirurgião assistente ou pela equipe técnica originária seja o protocolo recomendável, caso haja perspectiva de atendimento com maior brevidade, é tecnicamente admissível a substituição do encaminhamento por consulta com ortopedista especializado em coluna, profissional igualmente habilitado para avaliação pós-operatória de artrodese cervical e definição de conduta nos casos de doença degenerativa da coluna. Ultrapassado esse prazo sem atendimento, passa a se justificar parecer favorável à consulta especializada por meio jurisdicional.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Theodore N. Degenerative cervical spondylosis. N Engl J Med. 2020;383(2):159-68. doi: 10.1056/NEJMra2003558.

2. North American Spine Society. Evidence-Based Clinical Guidelines for Multidisciplinary Spine Care: Diagnosis and Treatment of Cervical Radiculopathy from Degenerative Disorders. Burr Ridge (IL): North American Spine Society; 2010.

3. Badhiwala JH, Witiw CD, Nassiri F, et al. Efficacy and safety of surgical decompression in patients with cervical spondylotic myelopathy: results of the AOSpine North America prospective multicenter study. J Bone Joint Surg Am. 2013;95(18):1651-1658. doi:10.2106/JBJS.L.00589.

4. Fehlings MG, Tetreault LA, Riew KD, Middleton JW, Aarabi B, Arnold PM, et al. A Clinical Practice Guideline for the Management of Patients With Degenerative Cervical Myelopathy: Recommendations for Patients With Mild, Moderate, and Severe Disease and Nonmyelopathic Patients With Evidence of Cord Compression. Global Spine J. 2017;7(3 Suppl):70S–83S.

5. de Bree K, Atsma F, van Lindert EJ, Westert GP, Bartels RMHA. Need for post-operative outpatient appointments after discharge following cervical spinal surgery - a narrative review. BMC Musculoskelet Disord. 2020;21(1):614.

6. Grimm BD, Leas DP, Glaser JA. The utility of routine postoperative radiographs after cervical spine fusion. Spine J. 2013;13(7):764-9.

7. Bartels RHMA, Beems T, Schutte PJ, Verbeek ALM. The rationale of postoperative

radiographs after cervical anterior discectomy with stand-alone cage for radicular pain. J Neurosurg Spine. 2010;12(3):275-9.

8. Finneran MM, Nardone EM. Role of routine radiographs after anterior cervical discectomy and fusion. Neurosurg Rev. 2025;48(1):648.

9. Kammien AJ, Galivanche AR, Gouzoulis MJ, Moore HG, Mercier MR, Grauer JN. Emergency department visits within 90 days of single-level anterior cervical discectomy and fusion. N Am Spine Soc J. 2022;10:100122.

10. DePasse JM, Durand W, Eltorai AEM, Palumbo MA, Daniels AH. Timing of complications following posterior cervical fusion. J Orthop. 2018;15(2):522-526

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico anexado aos autos, de 20/02/2026, a parte autora foi submetida a artrodese cervical anterior para tratamento de doença degenerativa da coluna cervical devido a comprometimento neurológico e cervicalgia intensa refratária ao tratamento conservador. Segundo o documento, há necessidade de consulta de retorno com neurocirurgião para avaliação da consolidação da artrodese, controle evolutivo do quadro clínico, análise de exames de imagem e definição da conduta terapêutica. Refere, no momento, persistência de dor cervical, rigidez e importante limitação da mobilidade do pescoço, além de parestesias intermitentes em membros superiores, dificuldade para realizar esforços físicos e limitação funcional relevante para o trabalho e para atividades da vida diária (133626277, p. 4-5).
Consta, ainda, encaminhamento no SISREG, datado de 07/09/2025, com a informação de que a autora foi submetida a artrodese cervical anterior em quatro níveis, tendo recebido alta hospitalar em 21/08/2025, com orientação de retorno ambulatorial no pós-operatório, sem especificação do prazo para essa reavaliação. Na regulação, o caso foi classificado com risco vermelho e permanecia com situação pendente quando da extração dos dados, em 16/02/2026 (133626277, p. 7).
Não constam nos autos informações adicionais acerca de comorbidades, tempo de evolução dos sintomas ou outros tratamentos já realizados. Também não foram anexados exames de imagem.
Nesse contexto, a parte autora pleiteia provimento jurisdicional para realização de consulta com médico neurocirurgião no prazo máximo de 10 dias, objeto da presente nota técnica. O pedido de consulta com ortopedista será analisado em nota técnica própria.
A discopatia degenerativa cervical é o “desgaste” progressivo dos discos (desidratação, perda de altura e fissuras), que pode gerar abaulamentos/protrusões e reduzir o espaço por onde passam as raízes nervosas. Espondilose cervical é um termo mais amplo, que inclui não só o disco, mas também a “remodelação” dos corpos vertebrais e das articulações (uncovertebrais e facetárias), com formação de osteófitos e, em alguns casos, estreitamento foraminal ou do canal. É um achado muito frequente com o envelhecimento: alterações degenerativas aparecem comumente em exames de imagem mesmo em pessoas sem sintomas. A idade é o

principal determinante; genética, tabagismo, sobrecarga mecânica/ocupacional e lesões prévias podem contribuir para início mais precoce ou maior gravidade [1].

Em geral, o tratamento de primeira linha é conservador, especialmente quando não há déficit neurológico importante: educação e ajustes de atividade, analgesia/anti-inflamatórios quando apropriados, manejo de dor neuropática quando houver radiculopatia e reabilitação (exercícios, fisioterapia, fortalecimento e estratégias funcionais). Em quadros radiculares selecionados, infiltrações (ex.: epidural/foraminal) podem ser consideradas como parte do tratamento não cirúrgico. A cirurgia costuma entrar como opção quando há correlação clínico-radiológica e sintomas persistentes e incapacitantes apesar de um curso adequado de tratamento conservador, ou quando existe déficit neurológico objetivo/progressivo atribuível à compressão radicular [2].

Quando há indicação cirúrgica, a opção mais frequentemente utilizada é a discectomia cervical anterior com artrodese (ACDF), pois permite descompressão direta do disco/complexo disco-osteofitário e estabilização do segmento, com restauração da altura discal/foraminal [3].