Nota Técnica 503245

Data de conclusão: 23/04/2026 20:01:20

Paciente

Idade: 41 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Ji-Paraná/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 1ª Vara Cível de Ji-Paraná

Tecnologia 503245

CID: M54.4 - Lumbago com ciática

Diagnóstico: lumbago com ciática

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: consulta e cirurgia

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: consulta e cirurgia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: N/A.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: consulta e cirurgia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: consulta e cirurgia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: O tratamento de primeira linha para os quadros de discopatias degenerativas inclui orientações de mudança de hábitos, exercícios físicos orientados por profissional fisioterapeuta e/ou profissional de educação física, terapia cognitivo-comportamental e medicação. A recomendação cirúrgica é realizada apenas quando houver sintomatologia neurológica importante com comprometimento funcional em membros inferiores ou falha do tratamento conservador [4].

A indicação cirúrgica da artrodese (fusão de vértebras) em situações de patologias degenerativas lombares crônicas tende a ser controversa. Uma revisão sistemática e metanálise comparou a eficácia e a segurança da artrodese de coluna vertebral e do tratamento conservador no manejo de patologias degenerativas lombares [5]. Ao todo, foram incluídos 14 estudos compreendendo 13 ensaios clínicos randomizados (ECR) e um estudo de coorte, envolvendo 2.399 participantes. Os desfechos primários foram as alterações nos escores do Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI) e da Escala Visual Analógica (EVA) para dor lombar e na perna. A fusão espinhal mostrou melhora significativa nos escores de ODI em comparação ao tratamento conservador (DM = -6,3; IC 95% [-12,02, -0,57]; p = 0,03). Os escores de dor lombar pela VAS também favoreceram a fusão espinhal (DM = -3,02; IC 95% [-5,1, -1,04]; p = 0,003). Quando considerados exclusivamente pacientes com lombalgia crônica, o número de estudos incluídos reduz-se para oito. Destaca-se que a diferença mínima clinicamente importante (MCID) para o ODI apresenta ampla variação conforme o método de cálculo, a população avaliada, a condição clínica e o escore basal. Entretanto, os valores mais frequentemente descritos na literatura situam-se entre 8 e 10 pontos de mudança absoluta [6–7]. Dessa forma, a relevância clínica dos resultados observados na metanálise [5] torna-se questionável.

Em outra revisão sistemática com metanálise, foi comparada a eficácia da cirurgia versus o tratamento conservador para estenose lombar da coluna degenerativa de nove ensaios clínicos randomizados e 1658 pacientes, sendo três deles estudos de alta qualidade. Nos primeiros 6 meses após o tratamento, não houve diferenças significativas no escore do Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI) entre os dois grupos terapêuticos (p > 0,05); no entanto, o grupo cirúrgico apresentou escore do ODI maior após um ano (DM -5,89; IC 95% -11,39 a 0,40; p = 0,04) e após dois anos (DM -3,57; IC 95% -6,08 a 1,06; p = 0,005). os grupos cirúrgicos apresentaram taxas de complicações mais elevadas do que os grupos não cirúrgicos durante todo o período de acompanhamento. Os autores concluíram que os grupos submetidos à cirurgia apresentaram melhores resultados clínicos tardios após um ano e maior taxa de

complicações ao longo do período de acompanhamento, embora não tenham apresentado diferenças significativas em comparação com os grupos tratados conservadoramente nos primeiros seis meses pós-tratamento. Contudo, não houve evidências de que um método definitivo possa ser recomendado com segurança para pacientes com estenose lombar. Mais pesquisas são necessárias para se obter resultados confiáveis ??e de alta qualidade [8].
Em revisão sistemática com metanálise com objetivo de avaliar a eficácia da artrodese lombar em comparação ao tratamento não cirúrgico da dor lombar crônica causada por degeneração discal, foram incluídos seis ensaios clínicos randomizados com um total de 889 pacientes. O estudo não revelou diferença na pontuação do Índice de Incapacidade de Oswestry (ODI) para lombalgia crônica entre os grupos submetidos à cirurgia de fusão e os tratados de forma não cirúrgica (diferença média de 1,94; intervalo de confiança [IC] de 95%, -6,02 a 2,14). E a taxa de complicações pós-cirúrgicas diferiu significativamente entre os dois grupos (razão de risco de 22,11; IC de 95%, 55,99-81,60). Os autores concluíram que a cirurgia de fusão não se mostrou superior ao tratamento não cirúrgico em termos de alterações nas pontuações do ODI para lombalgia crônica e que a cirurgia de fusão resultou em complicações cirúrgicas. Destacam a necessidade de estudos com acompanhamento mais longo em relação à incapacidade específica da condição, à dor e à satisfação com a vida [9].

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Cirurgia médica	Consulta em neurocirurgia	1	R$ 500,00	R$ 500,00
Artrodese de coluna lombar 2 níveis	Honorários médicos, despesas hospitalares, materiais, OPME	1	R$ 137.450,00	R$ 137.450,00
Total	R$ 137.950,00			

* Segundo orçamento anexo ao processo (Num. 80898930 - Pág. 16 e Num. 80898930 - Pág. 24).
A tabela acima foi construída com base no orçamento anexado ao processo pela parte autora.
Em caráter de referência, com base na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) [10], foram estimados os valores de honorários profissionais e custos operacionais relacionados ao procedimento de artrodese da coluna via anterior ou póstero lateral - tratamento cirúrgico (3.07.15.02-4), sendo: honorários médicos de R$ 3.876,43 a R$ 5.838,22; honorários de auxiliares de R$ R$ 3.876,43 a R$ 5.838,22; honorários de anestesista de R$ 2.943,18 a R$ 5.476,86, totalizando R$ 10.696,04 a R$ 17.153,30 (faixa original a faixa III).
A artrodese da coluna lombar via anterior, um nível, 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$ 1.720,27. Já o valor da consulta em atenção especializada é de R$ 10,00. Estes valores não representam os custos reais da realização dos procedimentos pelo prestador, mas indicam que há previsão do procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: melhora nos escores de dor e incapacidade, com impacto clínico incerto. Nos casos de pacientes com sintomas

compressivos, alívio da dor e ganho funcional.

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

Conclusão

Tecnologia: consulta e cirurgia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: O paciente está referenciado no SUS e aguarda a realização do procedimento cirúrgico pleiteado. Apesar da dor e da limitação funcional relatadas, não foram identificados no processo achados clínico-funcionais suficientes para caracterizar urgência, não sendo possível confirmar, com base na documentação apresentada, a necessidade imediata da artrodese solicitada. Recomenda-se, assim, que seja apresentada à parte autora estimativa de tempo para a realização do procedimento cirúrgico.
Importante destacar que o SUS dispõe da Rede de Atenção às Urgências e Emergências que deve acolher pacientes com indicação inequívoca para realização da cirurgia descompressiva em regime de urgência (quando há déficit neurológico rapidamente progressivo e/ou incontinência urinária ou fecal).
Portanto, considerando a fila de espera e o caráter eletivo do procedimento, qualquer decisão de adiantar o tratamento de um paciente implica em atrasar o tratamento dos demais pacientes da fila, e portanto, tal decisão exigiria conhecimento sobre todos os demais casos, sob risco de incorrer inadvertidamente em prejuízo aos demais pacientes e em quebra de equidade no uso do sistema de saúde. De fato, urgem medidas sistêmicas, em contrapartida da discussão de casos individuais, que assegurem a oferta regular de atendimentos e procedimentos para os pacientes em fila de espera, respeitando critérios de prioridade clínico-funcional.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. DynaMed. Acute Back Pain in Children - Approach to the Patient. EBSCO Information Services. Accessed 3 de abril de 2025. https://www.dynamed.com/approach-to/acute-back-pain-in-children-approach-to-the-patient

2. Lumbar Disk Herniation - DynaMed [Internet]. [citado 11 de dezembro de 2024]. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/lumbar-disk-herniation#GUID-C91DA34F-5031-4FB1-A8EA-ECEEE1DC9BD2

3. Ju, C., & Lee, S. (2023). Complications and Management of Endoscopic Spinal Surgery. Neurospine, 20, 56 - 77. https://doi.org/10.14245/ns.2346226.113.

4. Chronic Low Back Pain - DynaMed [Internet]. [citado 11 de dezembro de 2024]. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/chronic-low-back-pain#GUID-3FC70484-E3F6-4395-96EC-27BFF2816853

5. Moghib K, Altalab G, Jader A, Ghanm TIE, Hijazy M, Tarawneh DY, Hannat R, Salomon I, Edress AI, Arafeh MWA, Uwishema O, Limantoro J, Luna AM, Bozkurt I. Comparison between spinal fusion vs. nonoperative treatment for lumbar degenerative pathology: a systematic review and meta-analysis. Neurosurg Rev. 2025 Jun 11;48(1):502.

6. Hung M, Saltzman CL, Kendall R, Bounsanga J, Voss MW, Lawrence B, Spiker R, Brodke D. What Are the MCIDs for PROMIS, NDI, and ODI Instruments Among Patients With Spinal Conditions? Clin Orthop Relat Res. 2018 Oct;476(10):2027-2036.

7. Skatteboe S, Røe C, Heide M, Brox JI, Ignatius J, Bratsberg A, Wilhelmsen M, Bjørneboe J. Responsiveness and minimal important change of specific and generic patient-reported outcome measures for back patients: the Norwegian Neck and Back Register. Eur Spine J. 2024 Aug;33(8):2960-2968.

8. Ma XL, Zhao XW, Ma JX, Li F, Wang Y, Lu B. Effectiveness of surgery versus conservative treatment for lumbar spinal stenosis: A system review and meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Surg. 2017 Aug;44:329-338.

9. Wang X, Wanyan P, Tian JH, Hu L. Meta-analysis of randomized trials comparing fusion surgery to non-surgical treatment for discogenic chronic low back pain. J Back Musculoskelet Rehabil. 2015;28(4):621-7.

10. ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB). Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM. Edição 2022. 1. ed. Santana de Parnaíba (SP) : Manole, 2022. 240 p. ISBN 978-65-5576-918-0.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentação anexada aos autos (Num. 80898930 - Pág. 25 e Num. 80898930 - Pág. 26), a parte autora apresenta lombociatalgia crônica bilateral, com piora associada a atividades que exigem esforço físico e mobilização da coluna vertebral, tais como abaixar-se, levantar-se e realizar movimentos de rotação, acarretando limitações significativas para o desempenho de suas atividades laborais. Ao exame físico, constatam-se déficit neurológico compatível com acometimento das raízes L4-L5, bem como restrição da flexão e da extensão lombar. Há registro de tratamento conservador, incluindo fisioterapia, sem melhora dos sintomas, além da necessidade de uso frequente de analgésicos. O autor foi previamente submetido a hemilaminectomia parcial à esquerda em L5, em agosto de 2021. Posteriormente, foi avaliado por neurocirurgião particular, que indicou a realização de artrodese da coluna lombar em L4/L5/S1 (Num. 80898930 - Pág. 25). Diante disso, em 07/2022, foi encaminhada, via SISREG, solicitação de consulta com neurocirurgião especializado em coluna pelo SUS, com classificação de risco amarela (urgência) (Num. 80898930 - Pág. 14).
Em 29/12/2022 o paciente foi avaliado por médico da rede, sendo solicitado exame de ressonância magnética de controle (Num. 88515662 - Pág. 2). O exame foi realizado em junho de 2023, evidenciando disco intervertebral em L4-L5 desidratado, abaulado e com hérnia discal

protrusa centrolateral direita, comprimindo o saco dural e a raiz descendente direita de L5, além de reduzir a amplitude foraminal. Em L5-S1, observou-se disco desidratado, com redução da altura, fissura anular e hérnia discal protrusa central, comprimindo o saco dural. Nos demais níveis, verificou-se discopatia degenerativa incipiente (Num. 94170043 - Pág. 1). Constam o agendamento para consulta de retorno por diversas ocasiões, sendo a última para o dia 29/01/2026 (Num. 130861345 - Pág. 3), não havendo descrição de condutas realizadas na consulta. Em última avaliação, foi indicado o procedimento cirúrgico de artrodese ALIF 2 níveis (Num. 133906738 - Pág. 1). Até o momento, a parte autora aguarda agendamento do procedimento, motivo pelo qual pleiteia por via jurisdicional.

A hérnia de disco da coluna vertebral é a protrusão, extrusão ou sequestro do disco intervertebral de sua localização anatômica habitual. Pode resultar do envelhecimento normal ou de um trauma recente e causar compressão mecânica da raiz nervosa por material herniado ou sensibilização da raiz nervosa. A hérnia de disco pode também estar associada a anomalias congênitas da coluna vertebral. Sintomas como dor nas costas com ou sem irradiação, perda sensorial, parestesias ou fraqueza muscular são característicos. Na coluna lombar, geralmente afeta discos no nível L4-L5 ou L5-S1. A apresentação inclui dor/desconforto nas costas que pode ser caracterizado por sintomas neurológicos radiculares, piora da dor ao ficar em pé ou sentado por muito tempo, ou com movimentos bruscos, como aqueles causados ??por espirros ou tosse, início com um evento traumático específico ou rigidez do tronco associada. Os achados físicos podem incluir amplitude de movimento da coluna limitada, testes físicos positivos para radiculopatia, sensibilidade à palpação e alteração postural [1,2].

A radiculopatia lombossacra é uma condição na qual há o comprometimento funcional de uma ou mais raízes nervosas causada por alterações estruturais (hérnias de disco ou estenose espinhal degenerativa que levam à compressão da raiz). Tais alterações estruturais podem ser causadas pelo envelhecimento, sobrecarga física ou por trauma que gera mecanismo de compressão. Os sintomas de dor, comprometimento sensorial, diminuição de reflexos tendinosos, perda de força e de funcionalidade caracterizam o quadro. O tratamento sintomático com medicamentos, orientações acerca de posturas ou esforços físicos e fisioterapia são a opção de primeira linha a ser iniciado no período agudo. Se houver comprometimento neurológico progressivo e importante, caracterizado por perda de força muscular, e que não apresenta resposta ao tratamento conservador, a cirurgia pode ser uma opção [2].

A cirurgia, geralmente discectomia (que objetiva o alívio dos sintomas da dor através da remoção do material do disco herniado e a resolução da radiculopatia), é indicada para hérnia de disco associada à síndrome da cauda equina, déficits neurológicos graves ou progressivos ou abscesso epidural. A discectomia também pode ser considerada em pacientes cujos sintomas não melhoram após seis semanas de terapia conservadora [1].

Microdiscectomia, discectomia convencional, técnicas endoscópicas interlaminares e transforaminais são todas realizadas por via posterior, sendo as mais utilizadas mundialmente para hérnia de disco lombar. A via posterior permite acesso direto ao canal vertebral e à raiz nervosa afetada, facilitando a remoção do fragmento herniado e minimizando a manipulação de estruturas vitais. A abordagem endoscópica posterior para hérnia de disco lombar é considerada segura e minimamente invasiva, mas pode apresentar complicações específicas. As complicações cirúrgicas mais frequentes incluem lesão dural, parestesia transitória, recorrência da hérnia e, menos frequentemente, lesão de raiz nervosa. A taxa geral de complicações é baixa, mas lesões durais foram reportadas em 0,6 - 2,8% dos casos [3]. Recidiva de hérnia de disco intervertebral é uma ocorrência relativamente comum após a discectomia primária para hérnia de disco lombar, com incidência aproximada de 5% [2].