



# PROGRAMA **NEGATIVAS**

# Manual do Programa Negativas

**Coluna Vertebral 2023**

Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

## Destaques

- Endoscopia Para Tratamento de Doenças Degenerativas Da Coluna Vertebral pág. 10
- Artrodese da coluna lombar ou lombosacra por vias anteriores pág. 19
- Artroplastia discal cervical pág. 27



# Programa Negativas Coluna Vertebral

- **Gestão SBN 2023-2024**



**Dr. Wuilker Knoner Campos**  
Presidente da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia



**Dr. Italo Capraro Suriano**  
Secretário Geral da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia



**Dr. Osmar José Santos de Moraes**  
Presidente do Conselho Deliberativo

- **Revisão técnica**



Dr. Alécio C. E. Santos Barcelos

- **Pesquisa e execução**

Departamento de Coluna da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia e Sociedade Brasileira de Coluna

- **Agradecimentos**

Equipe de colaboradores da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

- **Projeto Gráfico**



# Manual do Programa Negativas Coluna Vertebral

---

01 de setembro de 2023

**Publicação da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia**

---



Rua Abílio Soares, 233 - CJ.143 - Paraíso  
CEP 04005-001 - São Paulo/SP.



faleconosco@sbn.com.br  
www.portalsbn.org



+55 (11) 3051-6075



# Sumário

- Apresentação ————— 5
- Endoscopia para Tratamento de Doenças Degenerativas da Coluna Verte ————— 10
- Artrodese da Coluna Lombar ou Lombosacra por Vias Anteriores ————— 19
- Artroplastia Discal Cervical ————— 27
- Justificativas referentes ao Código de Ética Médica ————— 30
- Glosas emanadas de diretrizes do Colégio Nacional de Auditores ————— 32
- Orientações ao paciente diante de negativas do procedimento cirúrgico e/ou materiais especiais pela operadora de saúde ————— 32



## **Dr. Wuilker Knoner Campos**

Presidente da SBN - Gestão 2023 / 2024

A Sociedade Brasileira de neurocirurgia, mais do que nunca está empenhada em combater os abusos das operadoras de saúde, principalmente no que se refere a negativas não fundamentadas e sem conexão com a literatura médica baseada em evidência.

Cada vez mais, nossa prática médica com a indicação técnica encontra como barreira esse tipo de situação, prejudicando principalmente os nossos pacientes.

E pensando justamente nisso foi que o Departamento de coluna da Sociedade Brasileira de neurocirurgia construiu este manual de respostas referente as principais argumentações sem fundamentação técnica por parte dos auditores.

Esse material tem objetivo de auxiliar os nossos associados em suas respostas, Já que muitas negativas são infundadas.

Esperamos poder contribuir com o exercício profissional dos nossos associados.

## **Dr. Wuilker Knoner Campos**

Presidente da SBN Gestão 2023 - 2024



## **Dr. Alécio Barcelos**

Coordenador do Departamento de Coluna da SBN

O dia a dia do consultório envolve atender pacientes, investigar, fechar diagnóstico e definir, em conjunto com o paciente, o tratamento. A depender da doença, pode ser indicado tratamento conservador ou cirúrgico. Cada tipo de cirurgia tem a sua taxa de sucesso e de insucesso. Existem diferentes riscos de complicações, bem como de tempo de recuperação pós-operatória. Além disso, existem a autonomia médica para propor o tratamento e a autonomia do paciente em escolher, após esclarecido das opções pertinentes, o caminho que deseja seguir.

No contexto da saúde suplementar, nos casos de tratamento cirúrgico, cabe ao médico, dentro de seus conhecimentos e experiência, solicitar o procedimento cirúrgico à operadora de saúde, incluindo os códigos pertinentes (CBHPM – da Codificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos), seguindo as orientações dos Manuais de Codificação da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), bem como a lista dos materiais necessários (denominados de OPME - Órteses, Próteses e Materiais Especiais), também descritos em Manuais da SBN. Essa é a rotina do médico-neurocirurgião.

Portanto, existe uma padronização do que é o recomendado para a boa prática da neurocirurgia, considerando a remuneração médica (codificações) e a necessidade de insumos para cirurgias mais eficientes e com menores riscos. Ademais, a Agência Nacional de Saúde (ANS) também regulamenta os direitos e deveres das operadoras de saúde, para garantir que os usuários das operadoras de saúde tenham acesso ao que foi contratado.

Entretanto, atualmente observa-se uma crise de interferência na prática médica e na relação médico-paciente, com prejuízos no tratamento dos pacientes de operadoras de saúde. Ao invés das auditorias auxiliarem na disponibilização do tratamento dos usuários, têm frequentemente se caracterizado como “máquinas de Negativas”.

Como sociedade, a SBN tem por obrigação defender as boas práticas neurocirúrgicas, tanto na formação médica e educação continuada, como na defesa profissional, com foco nos maiores interessados, os pacientes.

O objetivo do Programa Negativas é criar mais um mecanismo de orientação e padronização de condutas para médicos-neurocirurgiões, pacientes, operadoras de saúde, auditores e agências reguladoras.

Para lançamento do Programa Negativas, escolhemos os seguintes temas na área de Cirurgia da Coluna Vertebral: cirurgia por abordagem endoscópica para tratamento de doenças degenerativas da coluna vertebral, artrodeses intersomáticas lombares por vias anteriores e artroplastia cervical. Esses temas contemplam um volume significativo dos doentes que necessitam de tratamento neurocirúrgico na rotina diária.

## **Dr. Alécio Barcelos**

Coordenador do Programa Negativas edição Coluna Vertebral  
Coordenador do Departamento de Coluna da SBN

## Mensagem da Sociedade Brasileira de Coluna

A saúde suplementar no Brasil vive um momento de crise. As interferências na relação médico-paciente, na autonomia do processo decisório diante de condições que requerem intervenção cirúrgica e as boas práticas assistências e de mercado vem sendo, em muitos cenários, feridas pelos diversos protagonistas desse complexo sistema que envolve a indicação e liberação de procedimentos cirúrgicos da coluna.

O projeto Negativas nasceu por iniciativa da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) e desde sua concepção recebe o apoio da Sociedade Brasileira de Coluna (SBC). Durante essa jornada realizamos em conjunto ações que envolveram desde de busca ativa entre os associados das sociedades de comportamentos aberrantes da condução do processo de avaliação e liberação de procedimentos, passando pela avaliação das melhores evidências científicas atuais sobre os temas abordados até a confecção de manual de orientação dos limites éticos-legais dos médicos assistentes, das operadoras, dos auditores e dos hospitais diante de solicitações cirúrgicas.

Este manual, mais uma vez surge com o objetivo de servir como ferramenta de orientação e consulta de médicos Ortopedistas e Neurocirurgiões especialistas em coluna, pacientes, operadoras de saúde, auditores e órgãos regulatórios, no intuito de diminuir discrepâncias de condutas garantindo aos pacientes o acesso aos tratamentos necessários de forma ética e baseado nas melhores evidências científicas da atualidade.

### Os temas abordados nessa edição foram:

- Abordagem endoscópica para tratamento de doenças degenerativas da coluna vertebral,
- Artrodeses intersomáticas lombares por vias anteriores
- Artroplastia cervical.

Esses temas foram escolhidos baseados na interpretação da pesquisa realizada que demonstrou um número aumentado de discordâncias na condução de pedidos de procedimentos envolvendo esses temas. Entretanto diversos outros temas que possam ser pertinentes podem tornarem-se alvos de futuras publicações

Contamos com a colaboração de todos na melhor avaliação, utilização e referenciamento deste conteúdo e esperamos com essa iniciativa beneficiar pacientes portadores de condições patológicas da coluna a encontrarem tratamento adequado respeitando princípios éticos e o bom funcionamento do sistema de saúde suplementar.

Atenciosamente:

**Dr. Robert Meves**

Presidente da SBC

**Dr. Rodrigo Amaral**

Coordenador do Departamento de Defesa Profissional da SBC





# PROGRAMA **NEGATIVAS**

Conheça a **nova**  
**iniciativa** da SBN

**SAIBA MAIS**



# Endoscopia para Tratamento de Doenças Degenerativas da Coluna Vertebral

Como é de conhecimento público, o procedimento de Cirurgia de Coluna por via Endoscópica entrou para o Rol de procedimentos de cobertura mínima e obrigatória da Agência Nacional de Saúde (ANS) em vigor a partir da data 01/04/2021, conforme Resolução Normativa – RN 465, de 24 de fevereiro de 2021. Isto significa que as operadoras de saúde têm a obrigatoriedade de cobertura deste procedimento, quando solicitado pelo médico assistente devidamente capacitado e com a indicação médica pertinente. Não existe nenhuma restrição ou condição formal necessária para a realização dessas cirurgias pela lei vigente ou reconhecida pelas especialidades envolvidas nestes tipos de cirurgia, que subscrevem este documento.

Apesar disso, usuários de operadoras de saúde e médicos-assistentes têm se deparado com negativas frequentes e, por vezes, sistemáticas de códigos de procedimentos cirúrgicos e materiais necessários para adequada prática médica e assistência à saúde dos usuários.

Diante disso, a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) e a Sociedade Brasileira de Coluna (SBC) vêm por meio deste esclarecer os médicos-assistentes, operadoras de saúde e pacientes sobre cirurgias da coluna vertebral por via endoscópica para o tratamento de doenças degenerativas da coluna vertebral, sob perspectivas científica, ética, operacional (manuais e protocolos de entidades médicas) e jurídicas.

## **Justificativas científicas quanto ao uso de técnicas por acesso endoscópico para o tratamento de doenças degenerativas da coluna vertebral**

A cirurgia endoscópica da coluna não é uma técnica para tratamento de um tipo específico de doença, mas sim uma via de acesso a coluna vertebral com menor dano tecidual, além de constituir em um método de magnificação e iluminação que permite melhora da visualização das estruturas anatômicas. Desta forma, pode ser utilizada na realização de cirurgias de descompressão neural na coluna vertebral cervical, dorsal e lombar.

Inúmeros estudos demonstram a eficácia das técnicas endoscópicas em descompressão endoscópica lombar<sup>1-3</sup>, tanto para hérnias discais quanto para como estenose de canal lombar<sup>4-7</sup>, bem como para estenoses e hérnias de disco cervicais<sup>8-15</sup> e torácicas.<sup>16-21</sup> Em relação ao tratamento de hérnias de disco, existem ensaios clínicos controlados e randomizados (ECCR) e meta-análises que mostram não apenas não-inferioridade, mas superioridade nos quesitos período de recuperação, uso de analgésicos, duração da cirurgia, tempo de internação e número de complicações.<sup>2-22-23</sup> O benefício da técnica também está demonstrado para situações mais complexas como as descompressões do canal vertebral estreito e hérnias de disco cervical e torácica.<sup>24</sup>

Não há nenhuma restrição para utilização da endoscopia de coluna nas situações que seguem: presença ou ausência de extrusão discal, fragmento de hérnia discal migrado, doença multinível, estenose de canal, déficit motor importante, síndrome de cauda equina, diferentes alturas discais, hérnias recidivadas, variações anatômicas, calcificação discal ou osteofitose, posição da hérnia, nível da hérnia, cistos facetários. Isso porque o desenvolvimento de brocas e trefinas manuais permitiu o desenvolvimento de técnicas endoscópicas para acessos extra-foraminal, interlaminar<sup>25</sup> e trans-facetário.<sup>26</sup> Desta forma, a opção pela técnica endoscópica depende da avaliação do médico-assistente, discutindo com o paciente as vantagens e desvantagens que cada opção de tratamento.

A descompressão neural por via endoscópica também pode ser indicada em situações de listese fixa ou escoliose do adulto como forma de priorizar o tratamento da dor radicular ou neuropática, em relação ao tratamento da deformidade. A cirurgia endoscópica de coluna nesses casos também requer maior expertise do cirurgião, além de haver maiores taxas de recidivas dos sintomas. Porém, o tratamento de estabilização e/ou correção de deformidades envolve cirurgias de maior porte e maiores riscos com hemorragias, infecções, pseudoartroses e reoperações. Portanto, quando o sintoma predominante for decorrente da compressão neural e o médico-assistente optar pela cirurgia descompressiva por via endoscópica, deve esclarecer as vantagens e as desvantagens dela em relação a técnica microcirúrgica convencional e a artrodese da coluna vertebral.<sup>27</sup>

### **Sobre os códigos dos procedimentos (sequenciais) e materiais especiais**

A técnica cirúrgica e os materiais especiais devem ser solicitados de acordo com a codificação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) conforme os procedimentos sequenciais apresentados no Manual de Diretrizes de Codificação em Cirurgia de Coluna Vertebral (24 de abril de 2018) e pelo Manual de Orientação para utilização racional de Dispositi-

vos Médicos Implantáveis (DMIS) em cirurgia da Coluna Vertebral (20 de junho de 2017), elaborados em conjunto pelas Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), Sociedade Brasileira de Ortopedia (SBOT) e Sociedade Brasileira de Coluna (SBC). Em 19/01/2018 no site do Conselho Federal de Medicina, foi publicada uma carta oficial assinada pelas sociedades de especialidade: Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), Sociedade Brasileira de Coluna (SBC), Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) e Associação Médica Brasileira (AMB), onde claramente diz que são as sociedades de especialidade junto à AMB que determinam quais os códigos a serem usados nos pedidos médicos, e não as operadoras de saúde.

**Os procedimentos sequenciais para “tratamento de hérnia discal por via endoscópica” podem incluir os seguintes códigos, conforme os achados radiológicos do paciente:**

**3.07.15.05-9: Cirurgia de coluna por via endoscópica (porte 11A):** refere-se ao acesso endoscópico para o tratamento de doença da coluna vertebral. Não se refere ao tratamento de doença específica. Multiplicar pelo número de segmentos vertebrais tratados.

**3.07.15.18-0 - Hérnia de disco toracolombar - tratamento cirúrgico (porte 9C):** refere-se a exérese da hérnia discal lombar que causa a compressão neural; cobrado pelo número de hérnia discais ressecadas.

**3.07.15.36-9 - Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento (porte 9C):** refere-se a presença de estenose do canal vertebral, seja central, lateral ou foraminal, que requeira remoção óssea (drilagem) das facetas articulares inferior e superior e/ou lâminas cranial e caudal para descompressão neural. Não multiplicar pelo número de segmentos vertebrais tratados, ou seja, é sempre vezes um (x1).

**3.07.15.09-1 - Descompressão medular e/ou cauda equina (porte 9C):** refere-se a descompressão de raízes da cauda equina, com bloqueio central e lateral da rima liquórica, com remoção do ligamento amarelo e/ou osteófitos e/ou hérnia discal. Não multiplicar pelo número de segmentos vertebrais tratados, ou seja, é sempre vezes um (x1).

**Nos casos de abordagens endoscópicas interlaminares para discectomias e/ou para tratamento de estenose do canal vertebral, além dos códigos sequenciais mencionados acima deve-se acrescentar o código a seguir:**

**3.07.15.19-9 laminectomia ou laminotomia (porte 9C):** cobrado pelo número de lâminas ressecadas totalmente (laminectomia) ou parcialmente (laminotomias como arcocristectomias ou hemilaminectomias). Multiplicar pelo número de níveis operados. Exemplo: hemi-laminectomia L4L5 para acessar o canal vertebral nesse nível, multiplicar por um (x1). Esse código não é utilizado para abordagem transforaminal.

**De acordo com a Nota de Esclarecimento – Endoscopia de Coluna (Ct 047/210823 – AM; 23 de agosto de 2021) emitida pelas Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), Sociedade Brasileira de Ortopedia (SBOT) e Sociedade Brasileira de Coluna (SBC):**

“Sobre as codificações sequenciais supracitadas, ressaltamos a todos os envolvidos que nem sempre nos pedidos e autorizações dos procedimentos significa que em todas as cirurgias de endoscopia de coluna serão utilizadas, necessariamente, todos os códigos. Tudo dependerá das patologias apresentadas pelo paciente e da proposta técnica cirúrgica elaborada pelo médico solicitante no pré-operatório, e da coerência dele nos relatórios das descrições cirúrgicas. Desse modo, o resultado final da codificação sequencial a ser solicitada será a análise combinatória do tipo arranjo dos cinco códigos supracitados.

A cirurgia de coluna por via endoscópica é um método de magnificação de imagem que permite o acesso com o menor dano possível aos tecidos do trajeto cirúrgico, sabidamente já praticado por outras especialidades médicas. Portanto, não encerra em si todas as possibilidades cirúrgicas que cabem dentro de cada caso. Por isso, a necessidade de se definir quais as outras etapas cirúrgicas serão realizadas com o auxílio deste método de magnificação de imagem. Assim, a narrativa de que um código está sobreposto ao outro não confere, porque se assim fosse todas as patologias do aparelho digestivo tratadas via endoscópica estariam contempladas apenas no código de endoscopia digestiva ou colonoscopia. A endoscopia é o MEIO, e os procedimentos que serão feitos a partir daí, o FIM.” Fica claro que o código 3.07.15.05-9 (Cirurgia de coluna por via endoscópica) não exclui os outros códigos referentes ao tratamento da doença em si.

## Justificativas dos materiais necessários para cirurgias endoscópicas da coluna vertebral

### 1. Broca cortante específica para endoscopia (Cânula de debridação óssea cortante)

As brocas específicas para endoscopia são longas e seus sistemas de rotação são estáveis de forma que evitam que a alta vibração danifique a ótica ou a ponta do endoscópio. O instrumento cortante é utilizado para ressecção óssea distante das estruturas neurais. A utilização da proteção lateral ou frontal, permite a ressecção óssea próxima a estruturas neurais com maior segurança. As diferentes formas de proteção diminuem o risco de lesão neural e da dura-máter, e, portanto, de fístula liquórica e déficit neurológico.

### 2. Broca diamantada específica para endoscopia (Cânula de debridação óssea diamantada)

As brocas específicas para endoscopia são longas e seus sistemas de rotação são estáveis de forma que evitam que a alta vibração danifique a ótica ou a ponta do endoscópio. O instrumento diamantado é utilizado para ressecção óssea próxima às estruturas neurais, ajudando a evitar lesão de dura-máter ou neural, conseqüentemente fístula liquórica ou déficit neurológico. A broca diamantada tem ainda a função de hemostasia óssea.

### 3. Broca flexível específica para endoscopia (cortante ou diamantada)

A broca flexível específica para endoscopia, além de apresentar cânula longa que permite a utilização pelo canal de trabalho dos endoscópios, possui mecanismo que permite sua flexão ao acionamento de manopla. Dessa forma, esse instrumento permite a ressecção óssea além do campo de trabalho do endoscópio, porém dentro do campo de visão de uma ótica angulada. Tem utilidade especial para foraminotomias, em casos de estenose foraminal ou de hérnias migradas.

### 4. Eletrodo bipolar descartável

O eletrodo bipolar específico é item essencial para a hemostasia em cirurgia endoscópica da coluna. Os eletrodos são projetados para trabalhar em conjunto com eletrocautérios; através da corrente elétrica que circula entre o eletrodo e o paciente, é criado efeito térmico que possibilita a coagulação dos tecidos. Os mesmos eletrodos, podem ou não ser conectados à geradores de radiofrequência, cujas ondas de baixa temperatura permitem melhor controle de sangramento sem aumento excessivo da temperatura, que possa causar lesão térmica nas estruturas neurais. <sup>35-37</sup> Não tem relação com o tratamento percutâneo de dor facetaria por radiofrequência. Devido a passagem contínua de corrente elétrica e uso contínuo durante a cirurgia, a carbonização da ponta do eletrodo é comum,

sendo sua utilização adequada para uma cirurgia (são descartáveis).

### **5. Equipo de irrigação**

O equipo de irrigação, conectado à uma bomba de irrigação, permite controle adequado da pressão de irrigação e do fluxo de solução salina a ser infundido através do endoscópio. Sua utilização, em conjunto com a bomba, permite que os parâmetros sejam modificados durante a cirurgia, podendo ser aumentado para permitir melhor visualização e melhor controle de sangramento <sup>35-37</sup>, assim como diminuído para evitar complicações secundárias à aumento da pressão epidural e intracraniana, que podem levar a consequências catastróficas. <sup>38-43</sup>

### **6. Cânula de punção discal ou facetária com fio guia**

Cânula longa de 18G ou mais calibrosa, adequada para punção discal, cujo lúmen permita a introdução de fio guia para posterior introdução dos dilatadores e cânula de trabalho. Instrumental essencial para o acesso endoscópico transforaminal.

### **7. Agulha de Jamshidi**

Cânula para punção do processo articular superior, cujo lúmen permita a introdução de fio guia para posterior introdução de brocas/trefinas manuais e dos dilatadores e cânula de trabalho. Instrumental essencial para o acesso endoscópico trans-facetário ou extra-foraminal.

### **8. Brocas ou trefinas manuais**

Itens necessários para o acesso endoscópico transforaminal, quando o planejamento cirúrgico envolve a realização de foraminoplastia guiada por radioscopia previamente à introdução do endoscópio.

### **9. Hemostáticos**

A hemostasia é muito importante em toda cirurgia. Apesar da cirurgia endoscópica de coluna ser menos cruenta do ponto de vista do acesso cirúrgico, ela não está isenta do risco de hemorragias. Pacientes com múltiplas comorbidades, uso de medicamentos anticoagulantes ou anti-agregantes, cirurgias multiníveis (dois ou mais) e idosos, podem necessitar de etapas adicionais no controle do sangramento além da coagulação bipolar. Hematomas epidurais podem causar complicações neurológicas, principalmente em cirurgias de descompressões medulares ou laminectomias em estenoses lombares multiníveis. Diante disso, o uso de hemostáticos com aplicadores compatíveis com o uso através do canal de trabalho do kit de endoscopia de coluna pode auxiliar na hemostasia, bem

como evitar até mesmo, ainda que raramente, a conversão para procedimento aberto. Portanto, em algumas situações especiais, pode ser necessária a aprovação prévia ou a disponibilidade em sala cirúrgica de hemostáticos (em pó ou gel, com cânulas de aplicação), devendo seguir os princípios de indicação de qualquer OPME.

## Referências

1. Phan K, Xu J, Schultz K, et al. Full-endoscopic versus micro-endoscopic and open discectomy: A systematic review and meta-analysis of outcomes and complications. *Clin Neurol Neurosurg.* 2017;154:1-12. doi:10.1016/j.clineuro.2017.01.003
2. Muthu S, Ramakrishnan E, Chellamuthu G. Is Endoscopic Discectomy the Next Gold Standard in the Management of Lumbar Disc Disease? Systematic Review and Superiority Analysis. *Glob Spine J.* 2020. doi:10.1177/2192568220948814
3. Wei F, Zhou C, Zhu K, Du M. Comparison of Different Operative Approaches for Lumbar Disc Herniation: A Network Meta - Analysis and Systematic Review. 2021.
4. Lee CW, Yoon KJ, Jun JH. Percutaneous Endoscopic Laminotomy with Flavectomy by Uniportal, Unilateral Approach for the Lumbar Canal or Lateral Recess Stenosis. *World Neurosurg.* 2018;113. doi:10.1016/j.wneu.2018.01.195
5. Lee CH, Choi M, Ryu DS, et al. Efficacy and Safety of Full-endoscopic Decompression via Interlaminar Approach for Central or Lateral Recess Spinal Stenosis of the Lumbar Spine: A Meta-analysis. *Spine (Phila Pa 1976).* 2018. doi:10.1097/BRS.0000000000002708
6. Birjandian Z, Emerson S, Telfeian AE, Hofstetter CP. Interlaminar endoscopic lateral recess decompression-surgical technique and early clinical results. *J Spine Surg.* 2017. doi:10.21037/jss.2017.06.08
7. Kim HS, Paudel B, Jang JS, et al. Percutaneous Full Endoscopic Bilateral Lumbar Decompression of Spinal Stenosis Through Uniportal-Contralateral Approach: Techniques and Preliminary Results. *World Neurosurg.* 2017;103:201-209. doi:10.1016/j.wneu.2017.03.130
8. Komp M, Oezdemir S, Hahn P, Ruetten S. Full-endoscopic posterior foraminotomy surgery for cervical disc herniations. *Oper Orthop Traumatol.* 2018. doi:10.1007/s00064-017-0529-1

- 9.** Ruetten S, Komp M, Merk H, Godolias G. Full-endoscopic cervical posterior foraminotomy for the operation of lateral disc herniations using 5.9-mm endoscopes: A prospective, randomized, controlled study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008. doi:10.1097/BRS.0b013e31816c8b67
- 10.** Quillo-Olvera J, Lin G-X, Kim J-S. Percutaneous endoscopic cervical discectomy: a technical review. *Ann Transl Med*. 2018;6(6):100-100. doi:10.21037/atm.2018.02.09
- 11.** Yang JS, Chu L, Chen L, Chen F, Ke ZY, Deng ZL. Anterior or posterior approach of full-endoscopic cervical discectomy for cervical intervertebral disc herniation? a comparative cohort study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2014;39(21):1743-1750. doi:10.1097/BRS.0000000000000508
- 12.** Zhang C, Wu J, Zheng W, Li C, Zhou Y. Posterior endoscopic cervical decompression: Review and technical note. *Neurospine*. 2020;17(Suppl 1):S74-S80. doi:10.14245/ns.2040166.083
- 13.** Zheng C, Huang X, Yu J, Ye X. Posterior Percutaneous Endoscopic Cervical Discectomy: A Single-Center Experience of 252 Cases. *World Neurosurg*. 2018. doi:10.1016/j.wneu.2018.07.141
- 14.** Bucknall V, Gibson JNA. Cervical endoscopic spinal surgery: A review of the current literature. *J Orthop Surg*. 2018;26(1):1-8. doi:10.1177/2309499018758520
- 15.** Ruetten S, Hahn P, Oezdemir S, Baraliakos X, Godolias G, Komp M. Operation of soft or calcified thoracic disc herniations in the full-endoscopic uniportal extraforaminal technique. *Pain Physician*. 2018;21(4):E331-E340. doi:10.36076/ppj.2018.4.e331
- 16.** Gibson RDS, Wagner R, Gibson JNA. Full endoscopic surgery for thoracic pathology: an assessment of supportive evidence. *EFORT Open Rev*. 2021;6(1):50-60. doi:10.1302/2058-5241.6.200080
- 17.** Ruetten S, Hahn P, Oezdemir S, et al. Full-endoscopic uniportal decompression in disc herniations and stenosis of the thoracic spine using the interlaminar, extraforaminal, or transthoracic retropleural approach. *J Neurosurg Spine*. 2018;29(2):157-168. doi:10.3171/2017.12.SPINE171096
- 18.** Bae J, Chachan S, Shin SH, Lee SH. Transforaminal endoscopic thoracic discectomy with foraminoplasty for the treatment of thoracic disc herniation. *J Spine Surg*. 2020;6(2):397-404. doi:10.21037/jss.2019.11.19

- 19.** Choi KY, Eun SS, Lee SH, Lee HY. Percutaneous endoscopic thoracic discectomy; Transforaminal approach. *Minim Invasive Neurosurg.* 2010;53(1):25-28. doi:10.1055/s-0029-1246159
- 20.** Nie HF, Liu KX. Endoscopic transforaminal thoracic foraminotomy and discectomy for the treatment of thoracic disc herniation. *Minim Invasive Surg.* 2013;2013. doi: 10.1155/2013/264105
- 21.** Amato MCM, Aprile BC, Esteves LA, Marques V. Full Endoscopic Thoracic Discectomy: Is the Interlaminar Approach an Alternative to the Transforaminal Approach ? A Technical Note Full Endoscopic Thoracic Discectomy: Is the Interlaminar Approach an Alternative to the Transforaminal Approach? *A Techni.* 2022.
- 22.** Prospective A, Study C, Godolias G. Full-Endoscopic Interlaminar and Transforaminal Lumbar Discectomy Versus Conventional Microsurgical Technique. 2008;33(9): 931-939.
- 23.** Li X-C, Zhong C-F, Deng G-B, Liang R-W, Huang C-M. Full-Endoscopic Procedures Versus Traditional Discectomy Surgery for Discectomy: A Systematic Review and Meta-analysis of Current Global Clinical Trials. *Pain Physician.* 2016;19(3):103-118.
- 24.** Hasan S, Härtl R, Hofstetter CP. The benefit zone of full-endoscopic spine surgery. 2019;5(Suppl 1):41-56. doi:10.21037/jss.2019.04.19
- 25.** Ruetten S, Komp M, Godolias G. A New Full – Endoscopic Technique for the Interlaminar Operation of Lumbar Disc Herniations Using 6 – mm Endoscopes : Prospective 2 – Year Results of 331 Patients. 2006. doi:10.1055/s
- 26.** Hofstetter CP, Ruetten S, Zhou Y, Wang MY. *Atlas of Full-Endoscopic Spine Surgery.* New York: Thieme; 2020.
- 27.** Zhang J, Hua TL, Wan SZ, Wang Z. Decompression Using Minimally Invasive Surgery for Lumbar Spinal Stenosis Associated with Degenerative Spondylolisthesis : A Review. *Pain Ther.* 2021;10(2):941-959.

**Colaboradores:** Marcelo Campos Moraes Amato, Marcus Vinícius F. B. V. F. Serra, Elisio Barros Avidago, Matheus Felipe Borges Lopes, Marco Aurélio Moscatelli Alvarenga, Roger Schmidt Brock, Wuilker Knoner Campos, Fernando Godoi, Alécio C. E. S. Barcelos.

## Artrodese da Coluna Lombar ou Lombosacra por Vias Anteriores

Como é de conhecimento público, as cirurgias de artrodese lombar por vias anteriores, seja por acesso anterior, oblíquo ou lateral, estão contempladas no Rol de procedimentos de cobertura mínima e obrigatória da Agência Nacional de Saúde (ANS) e tanto as codificações dos procedimentos quanto os materiais necessários para a execução da cirurgia foram padronizados no Manual de Diretrizes de Codificação em Cirurgia de Coluna Vertebral (24 de abril de 2018) e no Manual de Orientação para utilização racional de Dispositivos Médicos Implantáveis (DMIS) em cirurgia da Coluna Vertebral (20 de junho de 2017), elaborados em conjunto pelas Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), Sociedade Brasileira de Ortopedia (SBOT) e Sociedade Brasileira de Coluna (SBC).

Isto significa que as operadoras de saúde têm a obrigatoriedade de cobertura deste procedimento, quando solicitado pelo médico assistente devidamente capacitado e com a indicação médica pertinente. Não existe nenhuma restrição ou condição formal necessária para a realização dessas cirurgias pela lei vigente ou reconhecida pelas especialidades envolvidas nestes tipos de cirurgia, que subscrevem este documento.

Apesar disso, usuários de operadoras de saúde e médicos-assistentes têm se deparado com negativas frequentes e, por vezes, sistemáticas de códigos de procedimentos cirúrgicos e materiais necessários para adequada prática médica e assistência a saúde dos usuários.

Diante disso, a Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) e a Sociedade Brasileira de Coluna (SBC) vêm por meio deste esclarecer os médicos-assistentes, operadoras de saúde e pacientes sobre cirurgias de artrodese da coluna por via anterior para o tratamento de doenças degenerativas da coluna vertebral, sob perspectivas científica, ética, operacional (manuais e protocolos de entidades médicas) e jurídicas.

## Justificativas científicas quanto ao uso de técnicas de artrodese da coluna lombar por via anterior

A artrodese da coluna vertebral pode ser realizada por meio de técnicas por vias de abordagens posteriores (pósterio-lateral, PLIF – fusão intersomática por via posterior - ou TLIF – fusão intersomática por via transforaminal) e/ou anteriores, seja anterior mediana (ALIF – fusão intersomática por via anterior), lateral (LLIF – fusão intersomática por via lateral) ou oblíqua (OLIF – fusão intersomática por via oblíqua).

As técnicas por via posterior envolvem maior manipulação e trauma da musculatura paravertebral e requerem artrectomia (facetectomia) total unilateral (ou bilateral) e exposição da raiz nervosa para introdução do implante (“cage”) no espaço intersomático (exemplo: cage TLIF – transforaminal interbody fusion). A maior manipulação facetária e neural pode gerar maior dor no pós-operatório, o que aumenta o tempo de internação e pode aumentar o custo do procedimento.<sup>1</sup>

Abordagens laterais quando comparadas com técnicas de fusão por via de abordagem posterior (como pósterio-lateral, PLIF ou TLIF) permitem melhor correção dos parâmetros radiológicos como lordose segmentar com resultado clínicos semelhantes, porém como benefício de menor perda sanguínea e menores taxas de complicação pós-operatórias.<sup>2-3</sup> A descompressão das estruturas neurais pode ser realizada diretamente, na ALIF, com a ressecção de material discal e/ou osteófitos compressivos, ou indiretamente, nas três técnicas citadas, pelo aumento da altura foraminal e distensão do ligamento amarelo. Salvo nas situações de estenoses ósseas muito graves, a descompressão obtida com ALIF, LLIF ou OLIF é eficaz tanto clínica quanto radiologicamente, sendo de discernimento do médico assistente a indicação do método a ser utilizado.

Além disso o risco de fratura do platô vertebral no momento da colocação do cage tipo TLIF, quando comparado com técnica por via anterior (ex.: OLIF). O afundamento do cage (subsidence) leva a perda da altura do espaço discal, podendo causar perda da lordose da coluna vertebral e falha da consolidação óssea (pseudoartrose).<sup>4</sup> Ressalta-se que muitos pacientes submetidos a cirurgia da coluna vertebral para tratamento de doenças degenerativas da coluna lombar são idosos, que frequentemente apresentam maior fragilidade óssea e risco de fraturas.

A artrodese por via anterior permite a colocação de espaçadores discais maiores entre os discos intervertebrais sob visão direta, com isso esses cages (tipos ALIF, LLIF ou OLIF) ficam apoiados também nas porções mais laterais dos platôs vertebrais, em proximidade ou no próprio o anel apofisário, que apresenta osso cortical mais espesso.<sup>5</sup> Isso resulta em uma maior superfície de contato do cage com os platôs vertebrais, o que

diminui o risco de subsidência (ou afundamento), além de proporcionar uma maior área para enxertia e consolidação óssea.<sup>6</sup> Isso garante uma maior eficiência da artrodese realizada por via anterior da coluna vertebral quando comparada com as técnicas por via posterior.<sup>7</sup>

Estudo biomecânico demonstrou que tanto sistemas de cage ALIF com placa e parafusos quanto a suplementação posterior reduziram a amplitude de movimentação de segmento lombar baixo (L5S1) quando comparados com cage ALIF stand-alone (sem sistemas de fixação). Os parafusos pediculares demonstraram a maior restrição de movimento que a placa e parafusos em relação à movimentação em flexão lateral.<sup>8</sup> Há aumento estatisticamente significativo da taxa de fusão quando se comparara a taxa de fusão óssea intersomática obtida com ALIF com suplementação posterior com parafusos pediculares versus ALIF stand alone.<sup>9</sup>

Técnicas de fusão intersomáticas menos invasivas, em comparação com técnicas tradicionais abertas, apresentam como vantagens a redução de perda sanguínea, tempo de hospitalização, complicações e custos cirúrgicos.<sup>10</sup>

## **Materiais necessários para cirurgias de artrodese da coluna lombar por vias anteriores**

### **1 Técnica ALIF**

01 implante ou cage tipo ALIF por nível, 04 parafusos de fixação ou 1 par de âncoras de fixação (por nível), 10 gramas de enxerto sintético em pasta (por nível), 01 pinça bipolar longa (22 a 26 cm) com cabo.

### **2 Técnica LLIF**

01 implante ou cage tipo LLIF (por nível), 10 gramas de enxerto sintético em pasta (por nível), 01 kit de monitorização neurofisiológica intraoperatória, 01 pinça bipolar longa (22 a 26 cm) com cabo; opção do médico assistente: 02 parafusos de fixação ou 1 par de âncoras de fixação (por nível).

### **3 Técnica OLIF**

01 implante ou cage tipo OLIF (por nível), 10 gramas de enxerto sintético em pasta (por nível), 01 pinça bipolar longa (22 a 26 cm) com cabo; opção do médico assistente: 02 parafusos de fixação ou 1 par de âncoras de fixação (por nível).

#### **4 Suplementação posterior com parafusos pediculares:**

04 parafusos pediculares (sólidos ou percutâneos, conforme solicitação do médico-assistente), 04 bloqueadores e 02 hastes de titânio para fixação em único nível (exemplo: fixação L5S1); 02 parafusos pediculares e 02 bloqueadores adicionais por nível além do primeiro nível (exemplos: dois níveis ou fixação L4L5S1: total de 06 parafusos pediculares e 06 bloqueadores; três níveis ou fixação L3L4L5S1: total de 08 parafusos pediculares e 08 bloqueadores).

### **Sobre os códigos dos procedimentos (sequenciais) e materiais especiais**

A técnica cirúrgica e os materiais especiais devem ser solicitados de acordo com a codificação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) conforme os procedimentos sequenciais apresentados no Manual de Diretrizes de Codificação em Cirurgia de Coluna Vertebral (24 de abril de 2018) e pelo Manual de Orientação para utilização racional de Dispositivos Médicos Implantáveis (DMIS) em cirurgia da Coluna Vertebral (20 de junho de 2017), elaborados em conjunto pelas Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), Sociedade Brasileira de Ortopedia (SBOT) e Sociedade Brasileira de Coluna (SBC). Em 19/01/2018 no site do Conselho Federal de Medicina, foi publicada uma carta oficial assinada pelas sociedades de especialidade: Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN), Sociedade Brasileira de Coluna (SBC), Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) e Associação Médica Brasileira (AMB), onde claramente diz que são as sociedades de especialidade junto à AMB que determinam quais os códigos a serem usados nos pedidos médicos, e não as operadoras de saúde.

Os procedimentos sequenciais para artrodeses da coluna lombar por via anterior podem incluir os seguintes códigos, conforme os achados clínico-radiológicos do paciente, segundo o Manual de Diretrizes de Codificação em Cirurgia da Coluna Vertebral (24/04/2018),

#### **1 Instabilidade segmentar lombar**

“Instabilidade segmentar lombar, associada à discopatia degenerativa lombar e/ou estenose de canal lombar e/ou foraminal de etiologia congênita, degenerativa, infecciosa, pós-traumática ou iatrogênica. Técnica por via anterior e/ou posterior, associado à artrodese por fixação/instrumentação, por acesso aberto, minimamente invasivo ou percutâneo.”

## **A seguir estão os códigos pertinentes com as situações correspondentes**

### **3.07.15.01-6 Artrodese da coluna com instrumentação por segmento 10B**

Esse código é utilizado quando se realiza instrumentação de um segmento, seja anterior ou posterior. É excludente com outros códigos de artrodese da coluna em casa de via única, isto é, anterior ou posterior isolada. Portanto, deve ser solicitado quando for realizada complementação da artrodese por via posterior com parafusos pediculares, sólidos ou percutâneos; cobrado por nível realizado.

### **3.07.15.02-4 Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral 10B**

Esse código é utilizado quando se realiza artrodese lombar por via anterior, seja anterior mediana, oblíqua ou lateral; cobrado por nível realizado.

### **3.07.15.18-0 Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico\* 9C**

Esse código é utilizado sempre que é realizada remoção do disco intervertebral; cobrado por nível realizado.

### **3.07.15.36-9 Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento 9C**

Esse código é utilizado quando existe estenose do canal lombar, seja mediana, nos recessos laterais e/ou foraminal; cobrado uma vez apenas.

### **3.07.15.09-1 Descompressão medular e/ou cauda equina 9C**

Esse código é utilizado quando existe compressão da cauda equina com bloqueio liquórico, centra e lateral (unilateral ou bilateral); cobrado uma vez apenas.

### **3.07.32.02-6 Enxerto ósseo 8B**

Esse código é utilizado quando se utiliza enxerto autólogo na artrodese intersomática, seja do próprio sítio cirúrgico da coluna vertebral, seja da crista ilíaca; cobra uma vez apenas.

### **4.08.11.02-6 Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) 2B**

Esse código é utilizado quando se utiliza radioscopia pré-operatória e trans-operatória para demarcação do sítio cirúrgico, identificação de estruturas anatômicas e posicionamento e/ou checagem de implantes e o cirurgião é o responsável pela interpretação do exame radiológico; cobra o número de horas de uso da radioscopia.

## **2 Espondilolistese lombar ou lombosacra**

“Cirurgia para correção e estabilização de espondilolistese lombossacra, de qualquer etiologia.”

### **3.07.15.11-3 Espondilolistese – tratamento cirúrgico 10A**

#### **3.07.15.01-6 Artrodese da coluna com instrumentação por segmento 10B**

#### **3.07.15.02-4 Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral 10B**

#### **3.07.15.18-0 Hérnia de disco tóraco-lombar - tratamento cirúrgico\* 9C**

#### **3.07.15.36-9 Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento 9C**

#### **3.07.15.09-1 Descompressão medular e/ou cauda equina 9C**

#### **3.07.32.02-6 Enxerto ósseo 8B**

#### **4.08.11.02-6 Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) 2B**

Nos casos de “Espondilolistese lombar ou lombosacra”, os critérios para indicação sequencial dos códigos é o mesmo do item “Instabilidade segmentar lombar”, porém acrescenta-se o código 3.07.15.11-3, Espondilolistese – tratamento cirúrgico, em virtude da maior dificuldade técnica para descompressão e/ou estabilização nesses casos, o que inclui manobras para redução da listese, quando possível. Por analogia, em cirurgias de tratamento de fraturas da coluna vertebral, acrescenta-se o código 3.07.15.16-4, fraturas ou fratura-luxação de coluna – tratamento cirúrgico, que não é excludente ao uso dos códigos referentes a artrodese da coluna com instrumentação por segmento ou artrodese de coluna por via anterior ou póstero-lateral.

Sobre as codificações sequenciais supracitadas, ressalte-se que nem sempre todos os códigos deverão ser solicitados. Além disso, o fato de um dos códigos ser identificado como principal não exclui os demais códigos colocados como secundários. São códigos complementares. Esse escrutínio já foi realizado previamente pela SBN, SBC, AMB e CFM, de modo, que os códigos apresentados devem ser adicionados sempre que o quadro clínico-radiológico demonstrar a necessidade da sua realização.

## Referências

1. Patel MR, Jacob KC, Chavez FA, Parsons AW, Seetharaman M, Pawlowski H, Prabhu MC, Vanjani NN, Singh K. Impact of Postoperative Length of Stay on Patient-Reported and Clinical Outcomes After Anterior Lumbar Interbody Fusion. *Int J Spine Surg*. 2023 Apr;17(2):205-214. doi: 10.14444/8414.
2. Amaral R, Pokorny G, Marcelino F, Moriguchi R, Pokorny J, Barreira I, Mizael W, Yozo M, Fragoso S, Pimenta L. Lateral versus posterior approaches to treat degenerative lumbar pathologies-systematic review and meta-analysis of recent literature. *Eur Spine J*. 2023 Mar 14. doi: 10.1007/s00586-023-07619-2. Epub ahead of print. PMID: 36917302.
3. Lee HR, Cho JH, Lee DH, Seok SY, Hwang CJ, Lee CS. Risk Factors for the Aggravation of Sagittal Balance After L5- S1 Posterior Lumbar Interbody Fusion. *World Neurosurg*. 2023 Apr 6: S1878-8750(23)00476-X. doi: 10.1016/j.wneu.2023.04.002
4. Zhang QY, Tan J, Huang K, Xie HQ. Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion versus oblique lateral interbody fusion for lumbar degenerative disease: a meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021 Sep 18;22(1):802. doi: 10.1186/s12891-021-04687-7.
5. Aspalter S, Stefanits H, Maier CJ, Radl C, Wagner H, Hermann P, Aichholzer M, Stroh N, Gruber A, Senker W. Reduction of spondylolisthesis and restoration of lumbar lordosis after anterior lumbar interbody fusion (ALIF). *BMC Surg*. 2023 Mar 27;23(1):66. doi: 10.1186/s12893-023-01966-z.
6. Henao Romero S, Berbeo M, Diaz R, Villamizar Torres D. Minimally invasive lateral single-position surgery for multilevel degenerative lumbar spine disease: feasibility and perioperative results in a single Latin-American spine center. *Eur Spine J*. 2023 Mar 24. doi: 10.1007/s00586-023-07591-x
7. Bassani R, Morselli C, Cirullo A, Pezzi A, Peretti GM. A novel less invasive endoscopic-assisted procedure for complete reduction of low-and high-grade isthmic spondylolisthesis performed by anterior and posterior combined approach. *Eur Spine J*. 2023 Mar 31. doi: 10.1007/s00586-023-07666-9.
8. Gerber M, Crawford NR, Chamberlain RH, Fifield MS, LeHuec JC, Dickman CA. Biomechanical assessment of anterior lumbar interbody fusion with an anterior lumbosacral fixation screw-plate: comparison to stand-alone anterior lumbar interbody fusion and anterior lumbar interbody fusion

with pedicle screws in an unstable human cadaver model. Spine (Phila Pa 1976). 2006 Apr 1;31(7):762-8. doi: 10.1097/01.brs.0000206360.83728.d2.

**9.** Anjarwalla NK, Morcom RK, Fraser RD. Supplementary stabilization with anterior lumbar intervertebral fusion - a radiologic review. Spine (Phila Pa 1976). 2006 May 15;31(11):1281-7. doi: 10.1097/01.brs.0000217692.90624.ab

**10.** Pokorny G, Amaral R, Marcelino F, Moriguchi R, Barreira I, Yozo M, Pimenta L. Minimally invasive versus open surgery for degenerative lumbar pathologies: a systematic review and meta-analysis. Eur Spine J. 2022 Oct;31(10): 2502- 2526. doi: 10.1007/s00586-022-07327-3. Epub 2022 Jul 24. PMID: 35871660; PMCID: PMC9308956.

**Colaboradores:** Fabiano Ricardo de Tavares Canto, Jerônimo Buzetti Milano, Rodrigo Augusto Amaral, Marcelo Chioato, Carlos Frederico Wanderley Estelita Romeiro, Roger Schmidt Brock, Wuilker Knoner Campos, Fernando Godoi, Alécio C. E. S. Barcelos.

# Artroplastia Discal Cervical

A Sociedade Brasileira de Neurocirurgia (SBN) e a Sociedade Brasileira de Coluna (SBC) vêm por meio deste esclarecer os médicos-assistentes, operadoras de saúde e pacientes sobre cirurgia de artroplastia para o tratamento de doenças degenerativas da coluna cervical, sob as perspectivas científica, ética, operacional (manuais e protocolos de entidades médicas) e jurídicas.

A Associação Médica Brasileira (AMB) publicou a “Resolução Normativa CNHM N° 033/2018 aos médicos, hospitais e entidades contratantes”. Por meio dela a Comissão Nacional de Honorários Médicos e Sociedades Brasileiras de Especialidade comunicam as alterações, revisadas e aprovadas pela Câmara Técnica Permanente da CBHPM de 18/07/2018, a serem introduzidas na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos de 2016. Dentre elas consta a inclusão do código 3.07.15.59-8, referente a inclusão do procedimento Artroplastia discal de coluna vertebral (porte 11A).

Na “Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Ciclo 2019/2020”, foi incluída da tecnologia em saúde denominada de “Artroplastia discal da coluna vertebral”, n. protocolo 37435.102oZrza\*Hu1o, unidade 9730135, conforme proposta da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia. Foi recomendada “a incorporação da ARTROPLASTIA DISCAL CERVICAL para o tratamento de pacientes adultos com mielopatia ou radiculopatia nas segmentações hospitalar (com e sem obstetrícia) e referência, com a seguinte diretriz de utilização - DUT: “Cobertura Obrigatória para pacientes adultos com doença degenerativa discal cervical em um nível (mielopatia ou radiculopatia) refratária ao tratamento conservador, com indicação de tratamento cirúrgico”.

Desta forma, no Brasil, a normatização vigente obriga a operadora de saúde a autorização de artroplastia cervical em um único nível.

## Justificativas científicas quanto às indicações e contraindicações ao uso de artroplastia cervical

De acordo com a literatura mundial, a artroplastia cervical é indicada no tratamento da doença degenerativa discal com radiculopatia não responsiva ao tratamento clínico ou mielopatia cervical sintomática. Frequentemente existem patologias coexistentes como estenoses foraminais, espondiloses, hérnias de disco. O número de níveis discais a serem operados cujos estudos randomizados confirmam a eficácia e segurança é de 1 a 2 níveis. Há relatos de séries de casos de cirurgias híbridas, isto é, nova cirurgia de artroplastia em paciente submetido previamente a fusão em outro nível ou indicação de fusão em um nível e artroplastia em outro(s) nível(is).

### Existem contraindicações relativas e absolutas para a realização de artroplastia cervical

**Contraindicações relativas:** disco intervertebral degenerado de forma grave (menor do que 3.5 mm de altura), degeneração facetária grave (especialmente com compressão posterior do canal vertebral).

**Contraindicações absolutas:** instabilidade mecânica (exemplos: traumatismos com luxações, radiografias dinâmicas com mais de 3.5 mm de translação em visão lateral, osteoporose, infecção discal, ossificação do ligamento longitudinal posterior).

### Sobre os códigos dos procedimentos e materiais especiais

Os procedimentos sequenciais para cirurgia de artroplastia cervical podem incluir os seguintes códigos, conforme os achados clínico-radiológicos do paciente:

#### **3.07.15.59-8 Artroplastia discal de coluna vertebral (porte 11A)**

Situação: pacientes adultos com doença degenerativa discal cervical em um nível (mielopatia ou radiculopatia) refratária ao tratamento conservador, com indicação de tratamento cirúrgico).

#### **3.07.15.02-4 - Artrodese de coluna via anterior ou póstero-lateral (porte 10B)**

Situação: se houver hérnia discal com indicação cirúrgica em outro(s) nível(is), que não aquele para o qual foi indicada a artroplastia cervical, a cobertura obrigatória para o(s) nível(is) adicional(is) esse código.

### **3.07.15.39-3 Hérnia de disco cervical - tratamento cirúrgico\* 9C**

Situação: presença de hérnia discal cervical com compressão radicular e/ou medular

### **3.07.15.36-9 Tratamento microcirúrgico do canal vertebral estreito por segmento (porte 9C)**

Situação: presença de estenose do canal vertebral e/ou foraminal por hérnia discal e/ou osteófito.

### **3.07.15.09-1 Descompressão medular e/ou cauda equina (porte 9C)**

Situação: compressão da medula espinhal por hérnia discal cervical 4.08.11.02-6 Radioscopia para acompanhamento de procedimento cirúrgico (por hora ou fração) (porte 2B)

**Situação:** uso da radioscopia intraoperatória para demarcação da incisão, confirmação do nível espinhal acometido e/ou confirmações transoperatórias do sítio anatômico abordado.

### **Referências**

Joaquim AF, Makhni MC, Riew KD. Evidence-based use of arthroplasty in cervical degenerative disc disease. *Int Orthop*. 2019 Apr;43(4):767-775. doi: 10.1007/s00264-018-04281-y. Epub 2019 Jan 8. PMID: 30623197.

Joaquim AF, Riew KD. Multilevel cervical arthroplasty: current evidence. A systematic review. *Neurosurg Focus*. 2017 Feb;42(2):E4. doi: 10.3171/2016.10.FOCUS16354. PMID: 28142256.

**Colaboradores:** Andrei Fernandes Joaquim, Roger Schmidt Brock, Bruno Cortes, Wuilker Knoner Campos, Fernando Godoj, Alécio C. E. S. Barcelos.

## Justificativas referentes ao Código de Ética Médica

De acordo com o CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA – Resolução CFM N° 2217 de 27/09/2018:

### Capítulo I - Princípios fundamentais

**V** - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade.

**VII** - O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

**VIII** - O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.

**XVI** - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente

**XVII** - As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente.

**XXI** - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

## Capítulo II - Direitos do médico

### É direito do médico:

**II** - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

## Capítulo VII – Relação entre médicos

### É vedado ao médico:

**Art. 52.** Desrespeitar a prescrição ou o tratamento de paciente determinados por outro médico, mesmo quando em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível benefício para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável.

## Capítulo XI – Auditoria e perícia médica

### É vedado ao médico:

**Art. 94.** Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

**Art. 97.** Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.

Diante disso, do ponto de vista ético, uma vez estabelecida a correlação clínico-radiológica, isto é, os sintomas e sinais neurológicos do paciente são decorrentes de compressões por hérnias discais e/ou estenoses do canal vertebral nas regiões cervical, torácica ou lombar, e existe mielopatia ou refratariedade ao tratamento conservador de radiculopatia, o médico-assistente tem autonomia para indicar a técnica cirúrgica e os materiais especiais necessários para a realização do tratamento cirúrgico. Não cabe ao auditor da operadora de saúde, alterar a indicação da técnica a ser utilizada, para microcirurgia da coluna vertebral, por exemplo, pois estará infringindo o código de ética médica, sendo passível de denúncia no Conselho Federal de Medicina e na Agência Nacional de Saúde, por violar tanto a autonomia médica quanto o direito do usuário da operadora de saúde.

## **Glosas emanadas de diretrizes do Colégio Nacional de Auditores**

De acordo com o Item “b”, Art.1º da Resolução do CFM 1642/2002, as operadoras de saúde devem “admitir a adoção de diretrizes ou protocolos médicos elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com Associação Médica Brasileira (AMB)” e NÃO diretrizes emanadas do Colégio Nacional de Auditores Médicos. Auditoria médica não é especialidade nem área de atuação reconhecida por nossos órgãos de classe (CFM, AMB).

Segundo o item 7.2 das Instruções Gerais da CBHPM, a forma como deve ser usada as codificações dentro da CBHPM é de competência EXCLUSIVA das sociedades de especialidades junto à AMB. Lembrando que a CBHPM é o nosso referencial mínimo e ético de remuneração dos procedimentos médicos na Saúde Suplementar (Resolução CFM No 1.673/03);

## **Orientações ao paciente diante de negativas do procedimento cirúrgico e/ou materiais especiais pela operadora de saúde**

Do ponto de vista ético o médico tem o dever de oferecer ao paciente o melhor tratamento disponível do ponto de vista científico, considerando vantagens e desvantagens, características próprias do paciente, e experiência profissional. O paciente, esclarecido da sua doença e das opções de tratamento também pode e deve participar da decisão quanto ao seu tratamento.

Do ponto de vista operacional, os procedimentos cirúrgicos foram padronizados por meio da Codificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Ela inclui todos os códigos referentes a procedimentos cirúrgicos ou etapas de uma cirurgia e que podem ser solicitados como procedimentos sequenciais para contemplar a integralidade de determinada cirurgia.

A Associação Médica Brasileira estabelece que são as sociedades de especialidades, junto à AMB, que determinam quais os códigos a serem usados nas solicitações de procedimentos cirúrgicos, e não as operadoras de saúde ou o Colégio Nacional de Auditores Médicos. O médico assistente tem autonomia para solicitar os procedimentos (códigos) e materiais pertinentes para a realização do procedimento com foco na segurança e eficiência do tratamento.

Diante disso, a SBN e a SBC/SBOT publicaram o Manual de Diretrizes de Codificação em Cirurgia de Coluna Vertebral (24 de abril de 2018) e o Manual de Orientação para utilização racional de Dispositivos Médicos Implantáveis (DMIS) em cirurgia da Coluna Vertebral (20 de junho de 2017) para auxiliar na solicitação padronizada de códigos e no uso racional de materiais especiais.

Após a solicitação do procedimento cirúrgico e encaminhamento da guia de internação pelo paciente para a operadora de saúde, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), a operadora de saúde tem o prazo de até 21 (vinte e um) dias úteis para autorização de procedimentos de alta complexidade e enquanto a liberação deve ser imediata para casos de urgência e emergência (Fonte: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/prazos-maximos-de-atendimento>). Procedimentos de emergência, isto é, que envolvem risco de vida ou maior risco de sequelas (no caso neurológicas), devem ser autorizados imediatamente.

**De acordo com a Resolução Normativa n. 424 da ANS (26 de junho de 2017):**

**Art. 7º** No tocante à cobertura de órteses e próteses ligadas aos atos cirúrgicos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em saúde, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I - Cabe ao profissional assistente a prerrogativa de determinar as características (tipo, matéria-prima e dimensões) das órteses, das próteses e dos materiais especiais - OPME necessários à execução dos procedimentos contidos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde;

II - O profissional assistente deve justificar clinicamente a sua indicação e oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas."

**De acordo com a Resolução n. 2318/22 do Conselho Federal de Medicina (CFM):**

**Art. 2º** - Cabe ao médico assistente determinar as características das órteses, próteses materiais especiais implantáveis bem como o instrumental compatível com o seu treinamento necessário e adequado à execução do procedimento.

**Art. 3º** - O médico assistente requisitante deve justificar clinicamente a sua indicação, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país.

**Art. 4º** – É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comercial exclusivos. Caso o implante seja produzido por poucos ou um único fabricante, cabe ao médico assistente justificar sua indicação.”

Atente-se que cabe ao médico-assistente indicar as três marcas de produtos de fabricantes diferentes, sempre que disponível. Frequentemente, procedimentos cirúrgicos demandam diferentes tipos de materiais especiais. Dentre os fornecedores indicados, quando houver produtos das mesmas marcas, a operadora de saúde poderá optar por disponibilizar dentre os produtos de marcas iguais (mesmo produto, com mesmo registro na ANVISA), o de menor custo, desde que não comprometa a qualidade da prestação do serviço. Entretanto, o médico-assistente não é obrigado a utilizar materiais de marcas não solicitadas, que não tenha experiência no seu uso, ou ainda que tenham qualidade inferior aos materiais que indicou. Ressalte-se que a realização de procedimentos cirúrgicos não depende apenas de “órgãos e próteses e materiais especiais”, mas também de “instrumentais compatíveis” para a realização dos procedimentos, como exemplos, endoscópio (ótica), gerador de radiofrequência e motor do drill para cirurgias por abordagem endoscópica da coluna e instrumentos para o preparo e a colocação de implantes para artrodese e/ou artroplastia da coluna vertebral. A qualidade desses instrumentais e a experiência do cirurgião no manuseio dos mesmos também impactam na segurança e na qualidade da cirurgia. O médico-assistente não pode exigir um (01) material de apenas uma marca específica, exceto quando não houver outras compatíveis, em especificação e qualidade. Entretanto, também não é obrigado a realizar cirurgias com materiais e instrumentais com os quais não têm experiência ou que apresentem qualidade inferior.

Diante de uma negativa da operadora de saúde, deve-se buscar justificar ao auditor quanto aos tópicos de discordância, buscando um consenso sempre que possível. Concomitantemente, deve-se expor ao paciente as alegações da operadora de saúde e a concordância ou discordância do cirurgião em acatar parcial ou integralmente a elas. Ressalte-se que o médico-assistente deve primar por solicitações de procedimentos (códigos) e materiais dentro do necessário e recomendado, mas não com privações de códigos ou materiais indispensáveis para a realização adequada do procedimento indicado.

Os casos de urgência e emergência não são passíveis de junta médica (art. 3º da RN nº 424/2017 e Consu nº 8/1998).

Importante enfatizar que o artifício da operadora de saúde de autorizar os códigos solicitados, porém

glosá-los a posteriori, isto é, após a realização dos mesmos, sob o argumento de sobreposição de códigos, caracteriza apropriação indébita de salário, crime previsto no crime previsto no Código Penal Brasileiro.

**Se ao final desse processo, não houver consenso entre médico assistente e operadora de saúde, ele deve informar ao paciente, quais medidas, ele, paciente, pode tomar para solucionar dessa demanda, visando a proteção da sua saúde:**

1. Solicitar reunião com o auditor encarregado para explanação das negativas.
2. Pagar os honorários médicos referentes aos códigos negados, conforme negociação com o médico-assistente, podendo o paciente/usuário cobrar a posteriori da operadora de saúde.
3. Comprar os materiais especiais negados junto às empresas sugeridas a operadora de saúde para cotação, podendo o paciente/usuário cobrar *a posteriori* da operadora de saúde.
4. Denunciar junto a Agência Nacional de Saúde por meio de Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), explicitando a queixa, seja ela extrapolação de prazos para autorização dos códigos e/ou materiais especiais ou ainda a não-autorização dos códigos e/ou materiais especiais a que tem direito segundo o contrato firmado junto a operadora de saúde.
5. Denunciar no Conselho Regional de Medicina (CRM) sobre possível prática abusiva do auditor de operadora de saúde.
6. Como última opção, estando evidente a transgressão da operadora de saúde em relação ao direito do usuário, o paciente pode cobrar pelos seus direitos por meio de Liminar Judicial.

A não-autorização de códigos e materiais indispensáveis e já padronizados nos Manuais e Diretrizes das Sociedades de especialidades, fere o código de ética médica e desrespeita a remuneração justa da classe médica, além de obstruir a realização do tratamento.

A SBN e a SBC/SBOT têm como seus objetivos maiores, além dos processos envolvidos na certificação de especialistas, a promoção da educação continuada e a defesa profissional para que o paciente, o maior interessado, possa ser receber o tratamento a que tem direito.

## Apoiadores SBN



## Design



Rua Abílio Soares, 233 - C.J.143 - Paraíso  
CEP 04005-001 - São Paulo/SP.



faleconosco@sbn.com.br  
www.portalsbn.org



+55 (11) 3051-6075

Todos os direitos reservados à SBN, desde 1957 - 2023.

