



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 197/2021

Vitória, 24 de fevereiro de 2021

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED]
[REDACTED] representado por [REDACTED]
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da 2ª Vara de Piúma, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Diego Ramirez Grigio Silva, sobre o procedimento: **fisioterapia motora: paciente com pé torto congênito + escoliose congênita+ displasia de quadril.**

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente, menor de idade, nasceu com pé torto congênito à esquerda, alterações na estrutura da coluna e alterações cardiorespiratórias. Está em acompanhamento com vários especialistas, incluindo ortopedista que identificou a presença de pé torto congênito à esquerda, escoliose congênita, malformação do polegar, deformidade ortopédica congênita, displasia de quadril e outros problemas que agravam o seu quadro de vida. Foi recomendado que realizasse fisioterapia para treinar a marcha, manipulação dos polegares, além de terapia ocupacional. A genitora do Requerente solicitou a fisioterapia juntamente ao município de Piúma, no entanto, não obteve êxito no agendamento até a presente data. A urgência na realização do procedimento se deve ao fato de se evitar o avanço da deformidade da coluna e membros. Como não possui recursos para pagar pelo procedimento, recorre à via judicial.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

2. Às fls. 18 se encontra solicitação de fisioterapia motora - 20 sessões, em formulário do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernadino Alves (rede pública estadual), realizada pelo Dr. Charbel Jacob Júnior, ortopedia e cirurgia de coluna, CRM 8492, em 12/01/2021, com informação de que o Requerente possui pé torto congênito, Displasia de quadril esquerdo e escoliose congênita.
3. Às fls. 19, em receituário do HIMABA, consta solicitação realizada pelo Dr. Yuri Lubiana Chiste, CRM 12091, de 30 sessões de fisioterapia, para treino de marcha, manipulação de polegares, e terapia ocupacional. Informa que possui uma síndrome a esclarecer.
4. Às fls. 20 registro de solicitação de fisioterapia motora juntamente a Secretaria Municipal de Saúde de Piúma, datado de 19/01/2021.
5. Às fls. 21 Guia de Referência e Contra -Referência datada de 15/01/2021, em que a Dra. Larissa Araújo, pediatra, CRMES 11365, requer 10 sessões de fisioterapia motora, pelo fato do Requerente apresentar deformidade congênita.

**II – ANÁLISE
DA LEGISLAÇÃO**

1. A **Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro – Define-se por **URGÊNCIA** a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Parágrafo Segundo – Define-se por **EMERGÊNCIA** a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. Pé torto congênito (PTC) é o termo usado para descrever a deformidade complexa que inclui alterações de todos os tecidos músculo-esqueléticos distais ao joelho, ou sejam, dos músculos, tendões, ligamentos, ossos, vasos e nervos. A deformidade resultante consiste de equino do retropé, varo (ou inversão) da subtalar, cavo por flexão plantar do antepé e adução do médio e do antepé. O PTC idiopático ocorre em crianças sem alterações subjacentes que justifiquem o quadro e não se resolve de forma espontânea. Outros tipos de pés tortos são: o postural, que se resolve habitualmente com manipulações; o neurológico, associado à mielomeningocele; e o sindrômico, presente nas crianças com outras anomalias congênicas; os dois últimos, geralmente rígidos e muito resistentes ao tratamento. O PTC é um dos defeitos congênicos mais comuns do pé; entretanto, sua patogênese ainda não foi totalmente esclarecida.
2. Toda criança portadora de deformidade congênita deve ser examinada como um todo, tanto para excluir alterações associadas como para identificação de fatores etiológicos, o que é possível nos casos não idiopáticos. Nos pés tortos congênicos é importante certificar-se de que não se trata de parte de quadros sindrômicos ou neurogênicos, assim como é necessário o acurado exame dos quadris pela possibilidade da associação



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

com displasia do desenvolvimento.

3. O diagnóstico do PTC no recém-nascido é essencialmente clínico. Existe grande dificuldade em avaliar e reproduzir as medições radiográficas. Os núcleos de ossificação são arredondados e excêntricos em seus moldes cartilagosos, impossibilitando, por vezes, o correto traçado de seus eixos. Além disso, raramente conseguem-se radiografias com adequado posicionamento dos pés.
4. **Displasia do quadril** é um termo que denota uma anormalidade no tamanho, na morfologia, na orientação anatômica ou na organização da cabeça femoral, na cavidade acetabular ou em ambos. A displasia acetabular é caracterizada pelo acetábulo imaturo, com a cavidade rasa que pode acarretar a subluxação ou a luxação da cabeça femoral. Na subluxação do quadril, a cabeça femoral está deslocada de sua posição anatômica normal, mas ainda mantém algum contato com a cavidade acetabular. Na luxação do quadril não ocorre nenhum contato entre a cabeça femoral e a cavidade acetabular.
5. A incidência da DDQ é variável, dependendo de vários fatores, inclusive da localização geográfica. Aproximadamente um em cada 1.000 recém-nascidos poderá nascer com o quadril luxado e cerca de 10 em 1.000 com o quadril subluxado (instável). Em nosso meio podemos esperar a incidência de, aproximadamente, cinco por 1.000 quanto à positividade do sinal de Ortolani, que é o sinal clínico precoce de detecção da afecção, como será posteriormente estudado^(3,4).
6. Os fatores de risco para a DDQ incluem: sexo feminino, raça branca, primiparidade, mãe jovem, apresentação pélvica ao nascimento, história familiar, oligohidrânio, recém-nascido com maiores peso e altura e com deformidades nos pés ou na coluna vertebral. O quadril esquerdo é o mais afetado (60%) e o quadril direito é o menos afetado (20%) nas situações de unilateralidade, sendo a bilateralidade menos



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

frequente (20%).

7. As **deformidades congênitas da coluna vertebral** que se apresentam sob a forma de **escoliose**, lordose e cifose, devem-se a uma anomalia do desenvolvimento vertebral. A sua presença desde o nascimento condiciona uma apresentação em idades mais precoces, comparativamente à maioria das escolioses idiopáticas. As curvaturas congênitas tendem a ser rígidas e refratárias ao tratamento conservador, o que aliado ao potencial de crescimento vertebral remanescente, pode resultar em graves deformidades vertebrais. O seu diagnóstico precoce e o respectivo seguimento clínico precoce, são a chave para evitar a progressão e as complicações. Apesar de as malformações vertebrais estarem presentes ao nascimento a deformidade pode evidenciar-se clinicamente mais tarde na infância.

8. As **escolioses congênitas** resultam de anomalias ocorridas durante o desenvolvimento vertebral no período embrionário.

DO TRATAMENTO

1. O objetivo do tratamento é tornar o PTC um pé plantígrado, funcional e indolor. Com a técnica não cirúrgica, acredita-se na capacidade de produzir deformação plástica e alongamento das estruturas contraturadas, de forma progressiva, mediante as propriedades viscoelásticas inerentes ao tecido conjuntivo. A manipulação seguida de gesso deve ser feita de forma seriada e é sempre o tratamento inicial, existindo tendência de reservar o tratamento cirúrgico às deformidades residuais.

2. A história natural do PTC não tratado é um pé com deformidade rígida, área de apoio dorsolateral, onde se forma uma calosidade e os pacientes deambulam com capacidade funcional semelhante à dos com amputação do tipo Syme sem prótese. A



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

impossibilidade de usar sapatos convencionais pode representar um fator de exclusão social.

3. O **tratamento da displasia de quadril (DDQ)** é desafiador tanto para o ortopedista pediátrico como para o generalista. Os objetivos do tratamento incluem o diagnóstico o mais precocemente possível, a redução da articulação e a estabilização do quadril em uma posição segura. As possibilidades de tratamento dependem das diferentes faixas etárias por ocasião do diagnóstico.

4. **O tratamento dos três meses de vida até a idade da marcha (caso do Requerente):** nesta faixa etária a maioria dos pacientes com DDQ poderá ser tratada com a redução incruenta (fechada) com imobilização em aparelho gessado pelvipodálico ou uso de órtese. No ato operatório poderá ser necessária a tenotomia percutânea dos músculos adutores do quadril. Quando não conseguimos a redução por manobras fechadas, a redução aberta (cruenta) está indicada. Assim, as indicações para a redução cruenta são:
 - 1) a cabeça femoral permanece acima da cartilagem trirradiada no exame radiográfico;
 - 2) arco de redução/luxação é menor do que 25° após a tenotomia dos adutores;
 - 3) a cabeça femoral não entra no acetábulo;
 - 4) a cabeça femoral permanece lateralizada em relação ao acetábulo após quatro semanas de redução parcial; e
 - 5) a redução previamente tentada falhou.

5. O principal objetivo do tratamento da escoliose congênita é prevenir a deformidade severa. O sucesso terapêutico das escolioses congênicas reside, não só na capacidade de realização de uma cirurgia corretiva complexa em doentes que se apresentam numa fase tardia, com uma deformidade rígida severa, mas também, no reconhecimento das curvaturas com mau prognóstico numa fase precoce, com vista à prevenção da



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

progressão da curvatura e de possíveis complicações neurológicas. O seguimento adequado destes doentes exige o conhecimento da história natural dos vários tipos de deformidade espinhal congênita e dos métodos de tratamento disponíveis. Em malformações vertebrais de alto risco, como as barras não segmentadas unilaterais com hemivértebras contralaterais, o tratamento deve ser iniciado logo após o diagnóstico, independentemente da idade para evitar a deformidade grave.

DO PLEITO

1. Fisioterapia motora

III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente com quadro de deformidades congênitas, por provável origem sindrômica, com indicação de fisioterapia motora.
2. Considerando que a criança possui pé torto congênito e que o tratamento inicial está relacionado a mobilização precoce do pé na tentativa de corrigir a deformidade e facilitar que a criança consiga andar; considerando que quanto mais precoce essa mobilização for iniciada, maiores as chances de resultado com o tratamento conservador, evitando a evolução para cirurgia, este NAT conclui que para o pé torto congênito a fisioterapia motora está indicada e deve ser disponibilizada com prioridade.
3. Em relação a escoliose congênita, a fisioterapia auxiliará na correção da postura, apesar de o tratamento para esse caso envolver outras técnicas como já mencionado no item DO TRATAMENTO.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico -NAT/TJES

4. A responsabilidade de disponibilizar o procedimento é do Município, na quantidade de sessões necessárias identificadas pelo profissional assistente.



REFERÊNCIAS

GUARNIERO, R. Displasia do desenvolvimento do quadril: atualização. Rev. bras. ortop. vol.45 no.2 São Paulo 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162010000200002

RITO, C.; MARQUES, E.; FILIPE, F. Escolioses congênitas: diagnóstico e tratamento. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação I Vol 21 I N^o 1 I Ano 20 (2012)