



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 716/2021

Vitória, 02 de julho de 2021.

Processo de nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED]
representada por [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara Única de Ibatiba – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Akel de Andrade Lima, sobre o procedimento: “**Consulta com ortopedista para realização de cirurgia**”.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, a Requerente, 67 anos, é portador de anemia, doença reumática, fratura subcondral da cabeça femoral, osteoporose grave associado, alterações degenerativas na articulação coxo femoral, dores incapacitantes, comprometendo 50% da superfície sustentadora de peso, com colapso do osso subcondral e perda da esfericidade capital, necessitando de uma cirurgia ortopédica urgente. Procurou o Pronto Atendimento por diversas vezes, porém não obtendo resposta até a presente data, visto que foi aplicado alguns medicamentos, sem ao menos verificar a necessidade de cirurgia, não lhe restando alternativa se não, a de pedir a proteção jurisdicional.
2. Às fls. 7651532 (Pág. 1) e 7651539 (Pág. 1) consta laudo médico, emitido em 31/03/2021 pela Dr^a Cynthia Rabelo de Oliveira, reumatologista/clínica médica, CRM ES 50013, descrevendo que paciente apresenta perda funcional, dor, limitação de amplitude de movimento com gamapatia policlonal, VHS extremamente alto, FAN reagente, associado a fator reumatoide, não associado a



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

lúpus eritematoso sistêmico (LES). Dor óssea importante. Para iniciar tratamento com medicação imunossupressora é necessário mielograma para afastar doenças hematológicas. Apresenta fratura subcondral com colapso subcondral e perda de especificidade.

3. Às fls. 7651544 (Pág. 1) apresenta encaminhamento à Unidade Básica de Saúde, em papel timbrado do Centro Médico Ibatiba Especialidades, emitido em 11/08/2020 pelo Dr. Lucas A. Campagnaro, ortopedia/traumatologia, CRM ES 12484, descrevendo que a paciente está em tratamento conservador de coxoartrose, no entanto sem melhora. Indicado tratamento cirúrgico. Solicitado avaliação com ortopedista especialista em quadril.
4. Às fls. 7651548 (Pág. 1) apresenta guia de solicitação de consulta em hematologia adulto metropolitana, emitido em 14/01/2021 pelo Dr. Welington Freitas, CRM ES 6494, descrevendo anemia crônica de difícil controle, uso de medicação de longa data sem controle do quadro, episódios de fraqueza intensa, solicitado exames e aguardando resultados.
5. Às fls. 7651709 (Pág. 1) apresenta exame laboratorial de imunofixação, emitido em 26/04/2021, apresentando ausência de proteína monoclonal.
6. Às fls. 7651721 (Pág. 1) apresenta receita com medicações prescritas para dor e relaxante muscular
7. Às fls. 7651742 (Pág. 1) consta laudo de ressonância magnética de quadril direito, emitido em 22/03/2021, evidenciando fratura subcondral de cabeça femural, comprometendo mais de 50% da superfície sustentadora de peso, com colapso do osso subcondral e perda da esfericidade capital; leve edema medular óssea subcondral, associado a derrame articular; alterações degenerativas secundárias na articulação coxofemural caracterizadas por afilamento condral e alterações degenerativas labrais; sinais de tendinopatia degenerativa dos glúteos médio e mínimo.
8. Às outras folhas são imagens da ressonância magnética de quadril direito.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria nº 893, de 7 de novembro de 2002**, da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), em seu artigo 2º estabelece, conforme Anexo II desta Portaria, os protocolos para indicação de procedimentos de artroplastias (Parte A), de endopróteses (Parte B) e de próteses de coluna (Parte C), com suas Diretrizes (A2, B2 e C2), Formulário do Registro Brasileiro de Próteses Ortopédicas (A3, B3 e C3), Códigos de Preenchimento (A4, B4 e C4) e Orientações para esses Preenchimentos (A5, B5 e C5), no âmbito do SIH/SUS.

2. **A Portaria nº 893, de 7 de novembro de 2002, define ainda, em seu art.2º, que:**

§ 1º – Os procedimentos de Artroplastias, Endopróteses e Procedimentos sobre a Coluna Vertebral estão sujeitos à “Autorização Prévia do Gestor” de acordo com os protocolos e fluxograma referenciados neste artigo e/ou disponibilizados na Internet.

§ 2º – Os protocolos acima referenciados servirão de subsídio aos Gestores, para a autorização prévia de procedimentos e materiais, Controle e Avaliação e Auditoria, conforme o Fluxograma de Controle (A1, B1 e C1), e estarão disponíveis no site do Ministério da Saúde e entrarão em consulta pública por 60 (sessenta) dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

3. **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.

4. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina – CFM** define urgência e emergência: Artigo 1º – Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

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.

§1º - 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.

§2º - 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. A artrose é uma doença caracterizada por alterações bioquímicas, metabólicas e fisiológicas na cartilagem articular com fissuras na superfície articular, exposição do osso subcondral e diminuição do espaço articular. A combinação desses fatores ocasiona dor, bloqueio e limitação funcional com prejuízo a qualidade de vida. A artrose do quadril também é conhecida como coxartrose.
2. Estudos radiológicos demonstraram que a taxa global da artrose gira em torno de 5% em indivíduos com menos de 30 anos e atinge 70% a 80% daqueles com mais de 65 anos. Contudo, somente 20% a 30% dos portadores de alterações nas imagens vão apresentar alguma queixa relacionada ao quadril. Quanto maior a idade, maior a chance de desenvolver artrose, estimando-se atingir 85% da população até os 64 anos, sendo que aos 85 anos é praticamente universal.
3. Quando a artrose ocorre de forma lenta, sem uma etiologia conhecida, é chamada de artrose primária ou senil, típica do idoso, e geralmente tem padrão familiar (genético).
4. A artrose secundária é provocada por outras causas, sendo as principais: Acidentes (fratura do colo do fêmur e da cabeça do fêmur, fratura do acetábulo, luxação do quadril); Necrose avascular da cabeça do fêmur (NACF); Doenças reumáticas (artrite reumatoide., lúpus eritematoso sistêmico, espondilite



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

- anquilosante, etc); Doenças da infância (epifisiólise, doença de Perthes; displasia do desenvolvimento do quadril); Sequela de infecção (artrite séptica); Anemia falciforme; dentre outras. Entre essas se destacam aquelas provocadas pelos acidentes de trânsito, que acometem principalmente adultos jovens.
5. Tipicamente a dor da coxartrose é localizada na virilha e desce até o joelho. No início do quadro, a dor ocorre apenas aos esforços mais intensos, mas à medida que a doença evolui pode manifestar-se aos pequenos esforços e até mesmo com o repouso. Nesta fase o paciente tem dificuldade para andar, claudica e evita andar para não agravar o quadro doloroso.
 6. Quando a artrose está em fase avançada e ocasiona dor intensa e limitação para realizar simples atividades e o uso de medicações e outros tratamentos não controlam a dor, a indicação de ATQ deve ser considerada para a substituição da articulação.
 7. A **fratura subcondral da cabeça femoral** é afecção pouco conhecida e, conseqüentemente, pouco diagnosticada. O quadro clínico de dor aguda ou insidiosa com piora progressiva na região inguinal, exacerbada com carga e com alívio em repouso, deve levar à suspeita diagnóstica. O erro comumente feito com o diagnóstico de necrose avascular da cabeça do fêmur pode induzir a indicação de procedimentos invasivos desnecessários no quadril. Com o advento da ressonância nuclear magnética, o diagnóstico dessa afecção pode ser realizado observando os diferentes padrões de edema medular na cabeça do fêmur, possibilitando o tratamento precoce correto.
 8. Os exames radiográficos na fase precoce da osteonecrose da cabeça femoral, na osteoporose transitória e na fratura subcondral não apresentam alteração, tornando necessário o estudo por ressonância magnética analisado por um radiologista experiente.
 9. A fratura subcondral caracteriza-se por fino traço de baixo sinal em todas as sequências, de localização subcondral, linear ou discretamente serpiginoso, paralelo à superfície articular. Está associado a edema da medula óssea que se estende até o colo femoral.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

DO TRATAMENTO

1. Os objetivos do tratamento da coxartrose são aliviar a dor em repouso e durante o movimento, preservar a função articular e minimizar a incapacidade física, além de promover qualidade de vida e autonomia, quando possível. O tratamento deve ser individualizado e pode ser dividido em clínico (conservador) e cirúrgico. O tratamento clínico inclui terapias não-farmacológicas e farmacológicas.
2. A Terapia não-farmacológica inclui perda de peso, terapia física, fortalecimento muscular e exercício aeróbico. Ressalta-se que a terapia farmacológica é mais efetiva quando combinada com as estratégias não farmacológicas e deve ser considerada como medida adicional.
3. Considerando que atualmente não há disponível nenhum medicamento que reverta ou altere a estrutura e mudanças bioquímicas associadas à artrose, o alívio da dor é a primeira indicação para a farmacoterapia, com o único objetivo de controlar os seus sintomas.
4. O tratamento farmacológico deve ser iniciado com analgésicos não-opioides, tais como o paracetamol, considerando ser o fármaco de primeira escolha no alívio da dor. Os anti-inflamatórios não-esteróides (AINES), tais como ibuprofeno, podem ser empregados em doses baixas (doses analgésicas), nas situações em que o paciente não estiver respondendo ao controle dos sintomas com paracetamol ou analgésicos simples ou quando houver a presença de componente inflamatório significativo ou inflamação instalada. A injeção de corticoides e/ou do ácido hialurônico pela via intra-articular também pode ser uma opção. Os medicamentos condroprotetores são uma opção tanto no tratamento da dor como na tentativa de manutenção da cartilagem residual, porém com resultados muitos discutidos na literatura médica.
5. Fisioterapia para analgesia e reequilíbrio muscular, assim como atividades de baixo impacto como bicicleta, atividades aquáticas e/ou em academias podem contribuir para manutenção do quadro clínico. Estas medidas são apenas maneiras de retardar a progressão da doença e proporcionar ao paciente um alívio sintomático.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

6. Em pacientes com limitação funcional e dor moderada/intensa, não controladas com terapias conservadoras, deverá ser avaliada a indicação cirúrgica, de acordo com o estadiamento da doença. Embora a artroplastia seja hoje considerada o método padrão ouro de tratamento, sua indicação deve ser cuidadosamente estudada assim como a de outros métodos conservadores e cirúrgicos não artroplásticos.
7. Os procedimentos cirúrgicos se dividem entre: 1) os que preservam a articulação, como as osteotomias (mudam a posição dos ossos da articulação do quadril) e as artroscopias; 2) os que substituem a articulação, como as artroplastias totais de quadril (ATQ), que substituem a estrutura articular por uma prótese, diminuindo a dor e melhorando a função; 3) os que fusionam a articulação, como as artrodeses, que deixam rígida a articulação do quadril e são pouco comuns e realizadas basicamente para aliviar a dor e restaurar a estabilidade da articulação.
8. A ATQ é considerada uma cirurgia segura, eficaz e de resultados satisfatórios com melhora da dor e da qualidade de vida dos pacientes. Quando indicada a artroplastia primária para os casos avançados de osteonecrose, observa-se melhora importante e imediata da dor, além de resultados funcionais satisfatórios em curto intervalo de tempo.
9. Existem vários tipos ou modelos de próteses. A escolha do tipo de prótese é feita de acordo com a doença que acomete o quadril, a idade do paciente e o nível de atividade física do paciente. Outro fator importante é a experiência e preferência individual do cirurgião, o que implica em algumas diferenças na reabilitação funcional após a cirurgia, como por exemplo, o tempo de uso de muletas ou andador. No entanto, muitos cuidados da reabilitação fisioterapêutica são comuns a todos os pacientes independentemente do tipo de prótese.
10. Na fratura subcondral encontramos o seguinte relato em documentos científicos pesquisados: ...”o tratamento foi realizado com alívio da carga no quadril com auxílio de muletas axilares e medicação sintomática de forma não padronizada. Houve resolução da dor de forma gradual desde o início do quadro clínico. Nenhum paciente realizou descompressão. A resolução do edema medular foi observada nas RM de controle. Foi realizado o diagnóstico diferencial e instituído



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

o tratamento conservador. Ainda mais, sua real incidência pode ser maior, pelo diagnóstico equivocado de osteonecrose, tanto pelo ortopedista como pelo radiologista, em muitos casos de fratura subcondral.”

11. O correto diagnóstico da fratura subcondral da cabeça do fêmur evita medidas invasivas no quadril doente, que melhora de forma lenta, porém espontânea. O diagnóstico equivocado de osteonecrose da cabeça do fêmur pode ser evitado reconhecendo suas características e diferenças da fratura subcondral da cabeça do fêmur na ressonância magnética.

DO PLEITO

1. **Consulta com ortopedia para provável tratamento cirúrgico.**

III – CONCLUSÃO

1. De acordo com os Documentos anexados, o paciente, de 67 anos, apresenta diagnóstico de coxartrose em tratamento conservador, evidenciada fratura subcondral da cabeça femoral com indicação de avaliação do cirurgião ortopédico de quadril.
2. Sabe-se que nos pacientes portadores de coxartrose com limitação funcional e dor moderada/intensa, não controladas com terapias conservadoras, deverá ser avaliada a indicação cirúrgica, de acordo com o estadiamento da doença. No caso em tela, não há relatos tempo de evolução e detalhamento das terapias já realizadas.
3. Entretanto, levando em consideração a situação clínica em que a paciente se encontra, com diagnóstico confirmado pela ressonância magnética, com evidência de fratura subcondral, sintomatologia característica, com cronicidade e refratariedade do quadro algico e limitação funcional causada pela doença, este Núcleo entende que esta paciente deve ser inicialmente encaminhado para avaliação do **médico ortopedista com área de atuação em cirurgia do quadril**, que atue em **hospital que realize a cirurgia de artroplastia**. Cabe ao especialista avaliar a condição clínica da paciente e confirmar se há indicação da cirurgia, propondo a terapêutica mais adequada.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

4. Não identificamos nos anexos a solicitação administrativa da consulta com ortopedista. É importante informar que **apenas o encaminhamento não é suficiente para que o Requerente tenha acesso à cirurgia pleiteada, faz -se necessário o cadastrado no sistema de regulação estadual**, sistema que organiza e controla o fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimiza a utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento, **caso contrário o sistema não o identifica e não o coloca na fila.**
5. **Não se trata de urgência/emergência médica**, de acordo com a definição do CFM. No entanto, considerando o quadro clínico, a limitação funcional, concluímos que deve haver uma data prevista para a realização da consulta que respeite o princípio da razoabilidade. Cabe a SESA identificar o prestador e disponibilizar a consulta, mesmo que não seja do Município a responsabilidade pela disponibilização da consulta, ele deve acompanhar a tramitação até que a consulta seja efetivamente agendada e informar o Requerente.
6. Vale ressaltar que o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça sugere que:

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, por acesso a ações e serviços de saúde **eletivos** previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a **100 (cem) dias para consultas e exames**, e de **180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos**”. (grifo nosso)





Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, H.; ALBUQUERQUE, P. C. V. C. **Artroplastia total de quadril com prótese não cimentada.** Revista Brasileira de Ortopedia (RBO). São Paulo, v. 28, n. 8. p. 589-596, Ago. 1993.
- RABELLO, B.T. et al. **Artroplastia total do quadril não cimentada em pacientes com artrite reumatoide.** Revista Brasileira Ortopedia (RBO). Vol.43. no.8. São Paulo. Aug. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162008000800004.
- PIANO, L.P.A.De.; GOLMIA, R.P.; SCHEINBERG, M. **Artroplastia total de quadril e joelho: aspectos clínicos na fase perioperatória.** Einstein. 2010; 8(3 Pt 1):350-353.
RICON JR. Fraturas do Colo do Fêmur. Disponível em: <http://www.clinicadoquadril.com.br/doencas/fraturas.htm>
- Faria CEN, et al. **Projeto Diretrizes – Associação Médica Brasileira: Necrose Asséptica da Cabeça Femoral no Adulto.** Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e Colégio Brasileiro de Radiologia. Elaboração Final: 30 de novembro de 2012
- Raul Franklim de Carvalho Almeida. **ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL – GRUPO DE CIRURGIA DO QUADRIL. MANUAL DE ORIENTAÇÕES.** Versão original – 2016. Disponível em: www.huufma.br
- Polesello, Giancarlo et al; **Importância do diagnóstico da fratura subcondral da cabeça do fêmur, suas diferenças com a necrose avascular e seu tratamento;** Rev. Bras. Ortop; 44(2):102-105, mar.-abr. 2009