



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

PARECER TÉCNICO/NAT/TJES Nº127/2022

Vitória, 31 de Janeiro de 2022.

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

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial Cível de Itapemirim – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Romilton Alves Vieira, sobre o procedimento: **Consulta em ortopedia adulto (Joelho e Ombro)**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente, 50 anos, há 1 ano e meio sofreu acidente de motocicleta que acarretou no rompimento dos ligamentos do seu joelho e ombro direitos, bem como ruptura do menisco lateral do joelho direito. Procurou atendimento médico, quando foi indicado a realização de procedimento cirúrgico tanto no joelho quanto no ombro. Iniciou as tentativas de agendamento do procedimento há 1 ano , entretanto sempre foi informada que os agendamentos estavam suspensos, até que nos dias 04/08/2021 e 13/08/2021 obteve êxito na solicitação , porém a consulta não foi disponibilizada até o momento. Por não possui recursos para arcar com as despesas de seu tratamento, recorre à via judicial.
2. Às fls. não numeradas consta Guia de solicitação emitido em 23/12/2021 solicitando consulta em ortopedia adulto, referindo que o paciente foi encaminhado pelo especialista para cirurgia de joelho.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

3. Às fls. não numeradas, protocolo de consulta do dia 04/08/2021 para consulta em ortopedia e traumatologia e do dia 13/08/2021 para ressonância magnética.
4. Às fls. não numeradas, consta Guia de Referência e Contra-Referência emitido sem data, encaminhando para ortopedia e traumatologia devido à lesão de menisco lateral e de ligamento colateral anterior de joelho direito.
5. Às fls. não numeradas, consta laudo para o INSS do dia 23/11/2021 relatando lesão do joelho, com lesão completa de ligamento colateral anterior e menisco lateral, associado a lesão do rotador do ombro direito após acidente de moto e que está aguardando cirurgia.
6. Às fls. não numeradas, laudo ao INSS do dia 30/07/2021 com o mesmo relato anterior
7. Às fls. não numeradas, laudo médico emitido em 05/03/2021 pelo ortopedista Dr. Lúcio, informando que a paciente apresenta quadro clínico e radiológico de lesão do ligamento colateral anterior e lesão do menisco lateral de joelho direito, com instabilidade e dor crônica. Sugere agendamento de consulta no ambulatório de joelho para avaliação e conduta.
8. Às fls. não numeradas, consta laudo médico emitido em 16/12/2020 pelo ortopedista Dr. Márcio Rezende, sugerindo afastamento de 90 dias devido ao quadro relatado.
9. Às fls. não numeradas, laudo médico emitido em 23/10/2020, pelo ortopedista Dr. Márcio Rezende, sugerindo afastamento de 60 dias devido ao quadro relatado anteriormente.
10. Às fls. não numeradas, consta laudo de ressonância magnética de joelho direito, realizada em 09/09/2020 evidenciando menisco lateral com ruptura complexa intrassubstância de extensão para a região meniscocapsular e margem livre no corno posterior e raiz corno adjacente até próximo do corpo com sinais de perimeniscite com pequena retificação/ amputação da margem livre do corno posterior. Ruptura completa do ligamento cruzado anterior com anteriorização da tíbia em relação ao fêmur. Irregularidade de contornos fora da linha condral da



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

tíbia posterolateral proximalmente. Derrame articular. Tendinopatia proximal do patelar.

11. Às fls. não numeradas, laudo de ressonância magnética de ombro direito realizada em 09/09/2020, evidenciando discreta bursite subacromial subdeltóideia, irregularidades corticais e esclerose óssea nas tuberosidades umerais de aspecto degenerativo, derrame articular, tendinopatia do cabo longo do bíceps intra-articular junto da inserção labral bicipital, tendinopatia do supra e infraespinhal com maior comprometimento no feixe anterior supraespinhal, sem roturas, tendinopatia do subescapular com área de rotura intrassubstância.
12. Às fls. não numeradas, consta Guia de Referência e Contra-Referência emitido em 21/12/2021 pelo ortopedista Dr. Pablo Guimarães, não cita a clínica para onde encaminha porém relata que a paciente necessita de cirurgia para reconstrução do ligamento cruzado anterior.
13. Às fls. não numeradas, outra Guia de Referência e Contra-Referência sem data, encaminhando para cirurgia de joelho devido à lesão de ligamento colateral anterior e menisco de joelho direito.
14. Em anexo, encontram-se documentos relacionados ao acidente de moto, ocorrido em 23/06/2020, incluindo ficha de atendimento inicial, evolução de enfermagem e médica, prescrição, exame de imagem e laboratoriais.

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,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.

2. A **Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina – CFM** 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.

§ 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. **Lesão de ligamento cruzado anterior (LCA):** De acordo com Araújo (2003) *apud* Zinni & Pussi (2004) o ligamento cruzado anterior está localizado na parte central da cápsula articular do joelho. É responsável pelo movimento de flexão e extensão do joelho por meio da interação dos feixes ântero-medial e pósterolateral. A ruptura do ligamento cruzado anterior faz com que o joelho perca a atuação referente a este ligamento, levando a uma instabilidade do joelho que interfere nas atividades diárias do indivíduo.

2. A lesão do ligamento cruzado anterior ocorre principalmente ao se realizar movimentos rotacionais do joelho, o que acontece com frequência com os jogadores de futebol, principais vítimas deste tipo de lesão.

3. As lesões de joelho são bastante comuns em indivíduos que praticam esportes, e que estão submetidos a exercícios que levam a impacto importante nessa articulação. O sofrimento crônico da articulação pode levar a dor, desgaste, problemas para andar, entre outros.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

4. Os **meniscos** são estruturas fibrocartilaginosas semicirculares localizadas entre os côndilos femorais e o platô tibial. Sua borda periférica, espessa e convexa encontra-se intimamente aderida à cápsula articular, em contraste com sua porção central, mais fina e livre, que proporciona ao menisco um aspecto triangular no corte frontal. As diversas funções dos meniscos incluem a transmissão de força, a absorção de choque, a estabilização articular, a nutrição da cartilagem e a lubrificação articular. Eles transmitem aproximadamente 50% das forças de sustentação do peso na extensão e 85% na flexão. Sua função na absorção do choque no ciclo da marcha ocorre por meio da via de deformação viscoelástica. O formato dos meniscos contribui para a distribuição do líquido sinovial por toda a articulação, para a lubrificação articular e nutrição da cartilagem. As lesões do menisco podem ocorrer quando o joelho em posição flexionada ou parcialmente flexionada é submetido a uma força rotacional de grande magnitude, fazendo com que o menisco seja comprimido entre o fêmur e a tíbia, levando à lesão. As rupturas são mais frequentes em pacientes jovens e relacionadas a episódios traumáticos; porém, em pacientes com idade mais avançada, as lesões podem ocorrer em pequenos movimentos torcionais durante a realização de atividades diárias.

5. Embora com diversas etiologias, a sintomatologia, as manifestações clínicas e o tratamento são semelhantes. Quando associada à instabilidade do joelho ou à artrose em fase avançada a lesão meniscal é analisada em função da patologia maior.

6. **Lesão do Manguito Rotador:** o manguito rotador (MR) é o grupo de músculos (subescapular, **supraespinhoso**, infraespinhoso e redondo menor) que cobre a cabeça do úmero e tem grande importância na estabilização, na força e na mobilidade do ombro. Ele pode sofrer lesões em grandes traumas, porém o mais frequente é a lesão crônica com graus variáveis, desde um pequeno edema até a ruptura total de um ou vários músculos do manguito.

7. As lesões degenerativas e traumáticas que afetam o manguito rotador (MR) estão entre as mais frequentes causas de dor no ombro, merecendo uma atenção cada vez maior no diagnóstico e tratamento, sendo considerado hoje patologia que exige acompanhamento por uma equipe multidisciplinar.

8. As **lesões labrais** e a instabilidade glenoumeral são lesões comuns na população de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

atletas e de trabalhadores braçais. O diagnóstico clínico é extremamente difícil e as queixas de dor e incapacidade progressiva são muito vagas. A tendinite do tendão longo do bíceps, associada a ressaltos articulares, pode sugerir o diagnóstico. O único método seguro de confirmação diagnóstica é pela artroscopia, através da qual pode-se também realizar a regularização labral e/ou sutura com fixação labrum-glenoidal, com a qual se obtém alto índice de excelentes e bons resultados quanto ao alívio da dor e para a completa recuperação funcional para os esportes

DO TRATAMENTO

1. O tratamento do **Ligamento Cruzado Anterior** é baseado, principalmente no tipo e localização da lesão. Pode variar entre conservador, com fisioterapia e uso de analgésicos/anti-inflamatórios (menos usual e mais utilizado para pacientes idosos com alterações degenerativas e sem sintomas mecânicos) e o tratamento cirúrgico, realizado por videoartroscopia para ressecção da área lesada ou sutura da mesma (mais comum em pacientes que praticam esportes e/ou lesões agudas e com limitação da movimentação da articulação).

2. O professor de ortopedia Luiz Roberto Stigler Marcztk, titular da faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, analisando o trabalho de Zinni e Pussi, conclui que o que se deve operar é a instabilidade rotatória ântero-lateral, decorrente da insuficiência do LCA, e não a lesão isolada do LCA que não determine instabilidade rotatória. Ainda em sua análise afirma que existem muitos trabalhos científicos que demonstram que “o paciente que aceita viver sem a prática de atividades torcionais, que apresenta musculatura competente, adquirida após fisioterapia adequada e que não sofreu torções, não vai desenvolver artrose, bem ao contrário do que era apregoado, por muitos autores, no passado”.

3. Amatuzzi et al (2007) em uma revisão de literatura cita o trabalho desenvolvido por Casteleyn intitulado “Gerenciamento da lesão do LCA: uma moda que estava ganhando ou uma evidência científica?”, que estudando 636 joelhos tratados conservadoramente e, em 48 artigos, 3.500 joelhos operados, concluiu que nos casos que foram tratados sem operação, a necessidade de reconstrução secundária foi baixa (6%) e que o tratamento



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

cirúrgico envolveu alta morbidade osteoartrítica. Afirma que o **que se deve operar é a instabilidade rotatória ântero-lateral, decorrente da insuficiência do LCA, e não a lesão isolada do LCA que não determine instabilidade rotatória.**

4. Rocha et al (2007) em seu artigo reafirmam que há na literatura, uma controvérsia a respeito do papel da reconstrução do ligamento cruzado anterior. Enquanto alguns autores argumentam que a cirurgia irá proteger o joelho criando um ambiente de estabilidade, outros, no entanto, atribuem as lesões a um ambiente multifatorial, tanto químico, através de mediadores inflamatórios, como mecânico, Assim, a cirurgia, mesmo que melhore os sintomas de instabilidade, não determinaria o fim da evolução das lesões associadas que acabariam levando à osteoartrose.

5. O tratamento cirúrgico da **lesão do ombro** está indicado para os casos de dor intensa e que não respondem ao tratamento conservador (medicação, fisioterapia). Este pode ser aberto ou por artroscopia. No entanto, em comparação com a cirurgia aberta, a reparação artroscópica do manguito rotador apresenta as vantagens de diminuir o trauma sobre o músculo deltoide, melhorar a visibilização e mobilização das lesões, e menor desconforto no pós-operatório, com possibilidade de movimentação precoce do membro. Há menor morbidade no pós-operatório na cirurgia artroscópica.

6. O tratamento conservador envolve um conjunto de procedimentos que passam por medidas analgésicas, anti-inflamatórias e fisioterapia, sendo a última, ferramenta indispensável no processo de recuperação. A opção cirúrgica poderá ocorrer, sobretudo, nos casos em que não haja resultado satisfatório com o tratamento conservador ou que a fisioterapia não proporcione melhora efetiva, mesmo após três a seis meses de intervenção intensiva

7. Burkhart e De Beer descreveram o termo engaging Hill-Sachs para as fraturas por impacção que, por sua profundidade e orientação, permitem seu encaixe na borda da glenoide na posição de abdução e rotação lateral. Yamamoto et al. aprimoraram esse conceito através do glenoid track, que permitiu avaliar, com o uso de estudo tomográfico pré-operatório, se a lesão de Hill-Sachs se expõe ou não ao risco de engaging na borda da glenoide. Junto à evolução de sua importância e diagnóstico, desenvolveu-se também sua abordagem terapêutica. Nesse contexto, Wolf et al. descreveram a técnica artroscópica de



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

preenchimento da lesão com cápsula posterior e tendão do infraespinhal, tornaram-na extra-articular e impediram o engaging. Essa técnica foi intitulada remplissage, que, em português, significa preenchimento.

8. A técnica de remplissage tem sido usada na abordagem de lesões de Hill-Sachs off track na ausência de grandes lesões ósseas da glenoide, sempre associada ao reparo artroscópico da lesão de Bankart. Seu uso já apresenta amplo respaldo tanto do ponto de vista biomecânico como clínico, com resultados funcionais satisfatórios, baixos índices de recidiva e diminuição discreta da rotação lateral, sem repercussão funcional. Esses benefícios, somados aos seus índices de complicações menores do que 1%, excluindo-se as recidivas, são consideravelmente inferiores aos dos procedimentos abertos e fazem com que o procedimento de remplissage seja uma boa opção no arsenal terapêutico da instabilidade anterior.

DO PLEITO

1. Consulta em ortopedia adulto (Joelho e Ombro)

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, a Requerente, 50 anos, vítima de queda de moto, apresentou lesão em joelho direito e ombro direito. Encaminhada para a avaliação do ortopedista com área de atuação em joelho para possível conduta cirúrgica.

2. Verificamos no caso em tela que a Requerente apesar de apresentar lesão tanto de ombro quanto de joelho foi encaminhada por todos os especialistas para o especialista de joelho. Possivelmente porque **a Requerente possui lesão mais grave de joelho com instabilidade e dor com indicação cirúrgica**. Já a lesão de ombro poderá ter como opção o tratamento conservador.

3. Levando em consideração que se trata de paciente com exame de imagem que corrobora com ao diagnóstico, associado a dor e instabilidade do joelho. Este NAT entende que a Requerente tem indicação inicial de avaliação por um **médico ortopedista com**



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

área de atuação em joelho, que atue **em hospital do SUS que conte com material para cirurgia de Artroscopia**. A consulta com o especialista é fundamental, pois há que se confirmar a indicação cirúrgica e a técnica a ser utilizada, este mesmo especialista é apto a avaliar a lesão de ombro e se achar necessário indicar avaliação de outro especialista ou indicar tratamento clínico. Caso o procedimento cirúrgica seja indicado, seu agendamento comumente é realizado pelo próprio hospital, obedecendo a uma fila de espera e a liberação dos recursos por parte da Secretaria do Estado da Saúde – SESA.

4. Compete a Secretaria de Estado da Saúde – SESA disponibilizar a consulta, e o procedimento que vier a ser indicado, **em caráter eletivo**. 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.

5. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM. No entanto, **considerando o desconforto** que vem provocando no paciente, em decorrência da dor e dificuldade de locomoção, entende-se que deva ter uma data definida para realizar a consulta que respeite o princípio da razoabilidade.

REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. M. et al. (2007) O tratamento cirúrgico é imperativo na lesão do ligamento cruzado anterior? Há lugar para o tratamento conservador?. Revista Brasileira de Ortopedia. 2007;42(8):231-6. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbort/v42n8/a01v42n8.pdf> .



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

ZINNI, J.V.S.; PUSSI, F. A. (14/04/2004). Lesão de Ligamento Cruzado Anterior: Uma revisão bibliográfica.

ROCHA,I.D. DA. Avaliação da Evolução de Lesões Associadas à Lesão do Ligamento Cruzado Anterior. Acta Ortopédica Brasileira 15 (2: 105-108, 2007). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v15n2/v15n2a10.pdf> .

FRANÇA FO, et al. **Clinical and Image Outcomes of the Hill-Sachs Injury Approach by the Remplissage Technique on the Anterior Shoulder Instability.** Rev. bras. ortop (RBO). vol.54 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2019 Epub May 20, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2017.10.010>

RAMOS MRF, et al. **Tratamento cirúrgico da instabilidade do ombro através da transferência do tendão longo do bíceps trans-subescapular.** Rev. Col. Bras. Cir. vol.46 no.2 Rio de Janeiro 2019 Epub May 27, 2019 <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192151>.

GODINHO, G. G. et al. **Lesões SLAP no ombro .**Rev Bras Ortop _ Vol. 33, Nº 5 – Maio, 1998. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbo.org.br/pdf/33-5/1998_mai_13.pdf