



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 408/2022

Vitória, 25 de Março de 2022

Processo n° [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa a atender solicitação de informações técnicas do 2ª Vara de Domingos Martins– ES, requeridas pelo MMª. Juíza de Direito, Dra. Mônica da Silva Martins, sobre o procedimento: **“Prótese Transtibial para membro inferior esquerdo”**.

I-RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente de 60 anos, sofreu um acidente e perdeu parte de sua perna abaixo do joelho e colocou uma prótese por volta dos anos de 2009/2010, na Itália, onde residia na época. Ocorre que, no momento essa prótese não atende mais suas necessidades, prejudicando assim sua qualidade de vida com locomoção e também lhe causando dores, se vendo assim na necessidade de trocá-la, porém não tem condições financeiras para tamanho investimento. Ao procurar a Prefeitura Municipal de Domingos Martins e o Estado do Espírito Santo, estes lhe informaram que seria inviável fornecer tal equipamento, uma vez que é uma prótese muito específica, conforme negativa anexada aos autos. O modelo de prótese necessária é a prótese ortopédica de pino, A2 Liner 6Y 75, pé titon em fibra de carbono, tipo de material: estrutura em titânio. Por não possuir recursos para arcar com os custos da prótese, recorre à via judicial.



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

2. Às fls.10, encontramos laudo médico emitido pelo ortopedista Dr. Sérgio Alberto Brickwedde, CRM-ES 2674, datado de 04/03/2020, informando que o requerente sofreu amputação de MIE abaixo do joelho, informa que necessita de prótese ortopédica específica com urgência para trabalhar, pois é motorista.
3. Às fls. 11 à 13, encontramos e-mail trocados com a Regulação Municipal e Estadual datado de dezembro de 2019 e 2020, informando que os componentes da prótese constante no pedido médico, não é a mesma dos componentes fornecidos pelo SUS; e descreve qual é a prótese fornecida pelo SUS, através do CREFES.
4. Às fls.22, encontramos laudo médico datado de 09/08/2021 e assinado pelo Ortopedista Dr. Saulo Tesch, CRM-ES ?, em papel timbrado de Secretaria Municipal de Saúde de Domingos Martins, informando que o requerente apresenta necessidade clínica de prótese transtibial com sistema shuttle-locked. Informa que apresenta coto curto não possibilitando a utilização de encaixe de EVA. Se faz necessário utilização de prótese com liner de silicone e pé de resposta dinâmico em fibra de carbono.
5. Às fls.23, encontramos laudo em papel timbrado de JK Centro Ortopédico LTDA e assinado pelo protetista Eduardo Rodrigues de Almeida, sem data, solicitando prótese transtibial com sistema shuttle-locked. Informa que sofreu amputação esquerda transtibial proximal (coto curto) não possibilitando a utilização de encaixe de cartuxos em EVA, que se encontram ultrapassados. Com o objetivo de plena reabilitação do Requerente, se faz necessário utilização de prótese com liner de silicone e pé de resposta dinâmico em fibra de carbono.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

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:**

§ 2º- 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.

§ 1º - 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 CFM Nº 1.956/2010, resolve:**

Art. 1º Cabe ao médico assistente determinar as características (tipo, matéria prima, dimensões) das órteses, próteses e materiais especiais implantáveis, bem como o instrumental compatível, necessário e adequado à execução do procedimento.



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

Art. 3º É vedado ao médico assistente requisitante exigir fornecedor ou marca comerciais exclusivos.

Art. 5º O médico assistente requisitante pode, quando julgar inadequado ou deficiente o material implantável, bem como o instrumental disponibilizado, recusá-los e oferecer à operadora ou instituição pública pelo menos três marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, regularizados juntos à Anvisa e que atendam às características previamente especificadas.

Parágrafo único. Nesta circunstância, a recusa deve ser documentada e se o motivo for a deficiência ou o defeito material a documentação deve ser encaminhada pelo médico assistente ou pelo diretor técnico da instituição hospitalar diretamente à Anvisa, ou por meio da câmara técnica de implantes da AMB (implantes@amb.org.br), para as providências cabíveis.

5. 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.

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.



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

DA PATOLOGIA

1. Amputação é o termo utilizado para definir a retirada total ou parcial de um membro, sendo este um método de tratamento para diversas doenças.
2. Estima-se que as amputações do membro inferior correspondam a 85% de todas as amputações de membros, apesar de não haver informações precisas sobre este assunto no Brasil. Em 2011, cerca de 94% das amputações realizadas pelo SUS foram no membro inferior. As indicações mais frequentes para amputação do membro inferior são decorrentes das complicações das doenças crônico-degenerativas e ocorrem mais frequentemente em idosos. Na literatura, encontramos que aproximadamente 80% das amputações de membros inferiores são realizadas em pacientes com doença vascular periférica e/ou diabetes. As amputações por causas traumáticas prevalecem em acidentes de trânsito e ferimentos por arma de fogo, sendo essa a segunda maior causa. Entre as amputações não eletivas, o trauma é responsável por cerca de 20% das amputações de membros inferiores, sendo 75% dessas no sexo masculino.
3. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é o modelo de estrutura, preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), constituindo enquanto base conceitual para a definição, mensuração e formulação de políticas para a saúde e incapacidade, oferecendo uma linguagem-padrão e uma estrutura para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde. Enquanto os estados de saúde (doenças, distúrbios, lesões etc.) são classificados pela CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10^a revisão), a funcionalidade e a incapacidade, associadas aos estados de saúde, são classificadas pela CIF. Estas classificações são complementares, pois a CID-10 fornece um “diagnóstico” de doenças, distúrbios ou outras condições de saúde, informações que são complementadas pelos dados sobre funcionalidade fornecidos pela CIF.



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

DO TRATAMENTO

1. A cirurgia de amputação tem por objetivo retirar o membro acometido e criar perspectivas para a melhora da função da região amputada. O cirurgião deve ter em mente que, ao amputar um segmento corporal do paciente, criará um novo órgão de contato com o meio exterior, o coto de amputação, e deverá planejar a estratégia cirúrgica antevendo um determinado processo de reabilitação. A reabilitação deverá contar com uma equipe multiprofissional que pode ser composta, por exemplo, por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos. O projeto terapêutico do paciente deve ser pactuado dentro da equipe multiprofissional, objetivando garantir uma atenção integral e evitando a existência de condutas conflituosas.
2. Os cuidados ideais de reabilitação oferecidos ao paciente amputado devem ser iniciados, sempre que possível, ainda antes do momento da amputação.
3. Na fase pré-cirúrgica, a menos que exista alguma contraindicação clínica, diversas ações de reabilitação, incluindo um programa de condicionamento cardiopulmonar, já podem ser iniciadas. A abordagem de atenção pré-operatória, em termos gerais, envolve a avaliação física detalhada do paciente, os esclarecimentos sobre o prognóstico funcional, as discussões sobre dor fantasma e sobre as metas de reabilitação de curto, médio e longo prazo. Na fase pré-operatória de uma amputação devem ser avaliados a amplitude de movimento (ADM) das articulações e a força muscular, tanto do segmento envolvido como dos membros contralaterais, o grau de independência do indivíduo para a realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), o condicionamento físico, o suporte social e a forma de enfrentamento do paciente diante da cirurgia. Nos casos de cirurgias eletivas, a preparação psicológica prévia do paciente reforça a habilidade do mesmo em lidar com o processo operatório e em aceitar a prótese, na fase de reabilitação. Abordagens visando ao controle da dor, ao ganho ou à manutenção das amplitudes de movimento e à força muscular devem ser instituídas, sempre que possível.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

4. Um programa de exercícios com a finalidade de corrigir ou prevenir deformidades, bem como para aumentar força, mobilidade e equilíbrio, deve ser estabelecido. Nos casos de amputações de membros inferiores, os membros superiores devem ser fortalecidos, preparando o indivíduo para as transferências, a independência no leito, o trabalho nas barras paralelas e a condução de cadeiras de rodas. Em casos de amputações unilaterais, o membro contralateral precisa ser monitorado e também estimulado, visando-se ao fortalecimento e à prevenção/correção de deformidades.
5. Órteses dinâmicas ou estáticas seriadas podem ser utilizadas para promover o ganho de amplitude nos segmentos proximais aos que serão submetidos à amputação. Talas gessadas ou em termo moldável de baixa temperatura, associadas às práticas de alongamento, são extremamente úteis para o ganho da extensão de cotovelo e de punho. Para favorecer a flexão, usualmente são indicadas as órteses com componentes dinâmicos também em associação com mobilizações articulares e alongamentos. Em ambos os casos, uma rígida rotina de uso e cuidados precisa ser instituída, na tentativa de evitar iatrogenias. Estes equipamentos só devem ser confeccionados por terapeutas experientes ou por técnicos ortopédicos capacitados, mediante prescrição de um profissional habilitado. As posturas assumidas pelos pacientes nos períodos que antecedem a cirurgia são um importante fator causador de encurtamentos e deformidades. Desde esta fase, as orientações quanto ao posicionamento do tronco, membros superiores e inferiores devem ser disponibilizadas. Comportamentos que favoreçam a flexão de joelho, a abdução, a rotação externa da coxa, o apoio de travesseiros e/ou cobertores sob as articulações e o desalinhamento dos membros inferiores devem ser evitados, assim como o imobilismo dos segmentos do membro superior em determinadas posturas. A mobilização ativa e passiva das articulações proximais e/ou não envolvidas, desde que não haja contra-indicações clínicas, deve ser conduzida. Quanto ao fortalecimento, especial atenção deve ser dada à capacidade funcional residual do indivíduo. As habilidades necessárias à realização dos autocuidados, alimentação, vestuário, trocas posturais, entre outras, devem ser mantidas por meio do treino em tarefa, ou seja, a realização controlada e



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

supervisionada das atividades de vida diária pelo paciente. Programas de fortalecimento e condicionamento muscular também podem ser implementados. Exercícios respiratórios podem ser iniciados ainda na fase pré-operatória, objetivando a manutenção da capacidade vital e, com isso, a prevenção da instalação de atelectasias no pós-operatório. Tal abordagem é especialmente importante na tentativa de reduzir o risco de pneumonias hospitalares na fase pós-amputação. O monitoramento constante do membro contralateral precisa ser realizado, na tentativa de identificar possíveis alterações semelhantes às aquelas que provocaram a decisão pela amputação do outro membro. Em pacientes acamados, a avaliação frequente da pele e a rotina de alívios de pressão precisam ser enfatizadas, na tentativa de se prevenir o surgimento e/ou progressão de úlceras por pressão.

6. Ao realizar uma amputação, deve-se ter cuidadosa consideração à escolha do nível. Em geral, a conduta é preservar tanto comprimento quanto possível. Deve ser escolhido um nível que assegurará boa cicatrização, com adequada cobertura da pele e sensibilidade preservada. Um nível será tanto mais adequado quanto melhor se prestar a adaptação a uma prótese funcional, uma vez tendo sido satisfeitas as exigências relativas à sua escolha de acordo com a idade, com a etiologia e a necessidade da amputação.

DO PLEITO

1. **Prótese Transtibial para membro inferior esquerdo.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com a Inicial e os documentos anexados, o Requerente de 60 anos, sofreu uma amputação em membro inferior esquerdo, devido um acidente e colocou uma prótese que atualmente está provocando dores e dificuldades na locomoção. Foi feita



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

- solicitação médica de uma nova prótese com as seguintes especificações; tendo em vista o Requerente apresentar um coto curto e por ser motorista: prótese transtibial com sistema shuttle-locked; prótese com liner de silicone e pé de resposta dinâmico em fibra de carbono.
2. Frisamos a Resolução CFM N° 1.956/2010, cujos artigos pertinentes ao caso foram reproduzidos acima no item da Legislação; **destacamos que o médico assistente, além de dever fornecer ao menos três opções, caso se oponha a uma prótese/órtese fornecida por SUS ou plano de saúde, deve relatar os motivos técnicos, e, se julgar que o material fornecido é deficiente, deve reportar tal deficiência aos órgãos competentes.**
 3. À distância, este NAT não tem, neste momento, elementos para definir a melhor prótese para o requerente.
 4. O CREFES – Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo, da SESA, é órgão público prestador de relevantes serviços à população capixaba, responsável pelo fornecimento de próteses; **devemos informar à Magistrada que encontramos e mail com a negativa do CREFES para a prótese solicitada pelo requerente, porém existem próteses que são disponibilizadas pelo SUS, porém não foi informado se as existentes no SUS se adéquam às necessidades do Requerente.**
 5. Portanto este NAT sugere que o Requerente, **seja encaminhado ao CREFES para que seja avaliado, e que se defina quais itens o Requerente tem necessidade, definindo as especificações necessárias para uma boa adaptação e seja identificada uma prótese que traga conforto e possa ser usado diariamente na sua função laboral normal.**
 6. Este NAT sugere à MM^a. Juíza, no caso da prótese padronizada pelo SUS não ser compatível com as necessidades do Requerente, que solicite ao médico assistente que preencha o formulário para procedimentos/materiais não padronizados, e que o Requerente protocole o formulário preenchido diretamente na SESA. Na ausência de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

uma resposta em prazo razoável, ou se houver uma negativa sem fundamentação, a judicialização estaria melhor justificada. Obs.: link direto para o formulário: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Judicializa%C3%A7%C3%A3o/RELATORIO-M%C3%89DICO-FORMATADO-01%2004%202016atual-1.pdf>

7. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM.



REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada. Brasília – DF, 2013