



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 550/2020

Vitória, 25 de março de 2020

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED]
[REDACTED] em favor de [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas da Vara da Fazenda Pública de Aracruz – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Daniel Barrioni de Oliveira, sobre o procedimento: **transferência para UTI**.

I -RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, o Requerente, filho de [REDACTED] refere que sua mãe, hoje com 74 anos de idade, encontra-se internada nas dependências do Hospital e Maternidade São Camilo de Aracruz, desde o dia 08 de outubro de 2019. A paciente foi diagnosticada com danos cerebrais irreversíveis e gravíssimos e no dia 14 de janeiro de 2020, foi transferida para o UADC (Unidade de Alta Dependência de Cuidados). Seus familiares solicitam o retorno para a UTI, por esse motivo recorrem a via judicial.
2. Às fls. 22 consta laudos médicos, em papel timbrado da Fundação Hospital Maternidade São Camilo, emitida em 22/01/2020 pela Dr^a Jheniffer Guzzo Loreiro, CRM ES 15075, descrevendo paciente idosa de 73 anos, hipertensa, deu entrada por acidente vascular encefálico do tipo isquêmico, extenso, tendo evoluído com parada cardíaca com



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

ressuscitação cardiopulmonar bem-sucedida. Evoluiu com encefalopatia pós isquêmica/hipoxêmica. Paciente com múltiplas sequelas neurológicas. Encontra-se internada na Fundação Hospital Maternidade São Camilo desde 08/10/2019, no setor de alta dependência de cuidados (UADC) desde 14/01/2020, em assistência ventilatória mecânica (AVM) por traqueostomia e uso de dieta enteral via sonda nasoentérica (SNE). Paciente necessita de assistência domiciliar (home care), devido à necessidade de várias aspirações de traqueostomia diária, além de adequação dos parâmetros do ventilador, de sessões diárias de fisioterapia motora e respiratória, além de dieta enteral, técnico de enfermagem continuamente, visitas diárias de enfermeiro e visita médica semanal. Solicito home care para desospitalização.

3. Às fls. 23 a 25 consta a solicitação de aparelho de ventilação mecânica, sem data, emitido pelo Dr. Ricardo S. Salla, intensivista, CRM ES 8621.
4. Às fls. 32 consta laudo médico, em papel timbrado da Fundação Hospital Maternidade São Camilo, emitido em 13/03/2020 pela Dr^a Jheniffer Guzzo Loreiro, descrevendo paciente monitorada continuamente, permanecendo com parâmetros vitais estáveis (pressão arterial, saturação periférica de oxigênio, frequência cardíaca e respiratória), diurese espontânea de boa monta, sem o uso de drogas vasoativas, em virtude da estabilidade hemodinâmica da paciente, a mesma não necessita de leito de unidade de tratamento intensivo (UTI) no momento.
5. Às fls. 33 a 35 e 329 consta laudo de solicitação de autorização de internação hospitalar, ilegível.
6. Às fls. 39 consta hemocultura com antibiograma para *Staphylococcus aureus*, emitida em 12/12/2019, evidenciando sensibilidade para amicacina, gentamicina, teicoplanina e vancomicina. Tendo observação MRSA positivo. Urocultura negativa.
7. Às fls. não numeradas e 62 consta anamnese do pronto atendimento, emitida em 08/10/2019 pelo Dr. Emanuel Rangel Piassarolo, CRM ES 13122, descrevendo paciente



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

encaminhada do PA de Vila Rica, com contato prévio. Filho relata que a paciente começou a sentir-se mal em casa, com queixa de dispneia intensa e dor torácica, durante o caminho até a UPA houve rebaixamento do nível de consciência, chegou para atendimento médico rebaixada com secreção espumosa pela boca e pico hipertensivo (PA: 160/100 mmHg). Evoluindo para PCR, com retorno após 10 min de RCP (04 amp de adrenalina). Recebida nesta sala de emergência em IOT, PA: 225/112 mmHg, satO2 78%, tubo estava seletivo. É portadora de HAS, DM, não sabe relatar medicamentos em uso. Solicitado internação e exames.

8. Às fls. 65 a 100 consta prescrição da paciente [REDACTED] emitida em 10/2019, além da prescrição da hemodiálise a beira leito, e relatório da enfermagem.
9. Às fls. 101 consta admissão UTI, com evolução do quadro clínico apresentado na emergência PS, com admissão no setor em grave estado geral, sedada e com droga vasoativa, intubada e em ventilação mecânica, anúrica. Nas evoluções diárias da UTI, descrevendo gravidade da paciente, suspenso antibiótico pela ausência de infecção, diálise sem urgência (09/10/2019); ecocardiograma (09/10/2019) evidenciando função sistólica preservada biventricular (FEVE: 61%), disfunção diastólica discreta do VE, dilatação discreta de aorta ascendente (41 mm), dilatação discreta do AE, PSAP: 35 mmhg, veia cava inferior dilatada (20 mm), variação respiratória preservada, ateromatose em aorta abdominal. Evoluindo para desmame da sedação e da droga vasoativa, retornando com antibiótico empiricamente, aguardando culturas solicitadas, em acompanhamento com nefrologia. Iniciada diálise em 10/10/2019 devido piora na função renal e anúrica. Solicitada tomografia crânio em 13/10/2019, porém aguardando transporte, já sem sedação e sem droga vasoativa. Apresentou sorologias negativas assim como o teste rápido solicitados no dia 10/10/2019. Iniciado abordagem com a família sobre mau prognóstico da paciente em 14/10/2019. Em 15/10/2019 foi conversado sobre assinar o termo de traqueostomia com a família (os mesmos cientes



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

da conduta conservadora), aguardando resultado das novas culturas. Pelo mau prognóstico da paciente, a equipe da nefrologia, em concordância com medidas não invasivas suspendem hemodiálise. No dia 16/10/2019 familiares cientes das medidas de conforto. Familiares tendo apoio e orientação psicológico. Em 18/10/2019 familiares não aceitam cuidados paliativos, retornando com a paciente para diálise. Em 20/10/2019 foi transfundida, iniciado antibioticoterapia, paciente apresentou crise hipertensiva mais edema agudo de pulmão sendo iniciado nifride e drogas hipotensoras. A paciente apresenta história de hipertensão arterial maligna. Familiares mantendo apoio psicológico.

10. Às fls. não numeradas consta laudo da tomografia computadorizada de crânio (14/10/2019) evidenciando perda da diferenciação cortico subcortical panlobar, hipoatenuação difusa nucleocapsular; hipoatenuação cortico subcortical na região occipito parietal esquerda, hiperatenuação espontânea do cerebelo e do tentório cerebelar (pseudohemorragia subaracnoide), calcificações parietais ateromatosas carotídeas e do sistema vertebrobasilar, apagamento dos sulcos e cissuras corticais, linha media centrada, fossa posterior sem alterações expressivas, ausência de lesões hemorrágicas intracranianas.
11. Às fls. não numeradas consta evolução – boletim de cirurgias, traqueostomia ocorrida em 18/10/2019 pelo Dr. Jefferson Sarmiento Rocha, cirurgia geral, CRM ES 10712.
12. Às fls. 258 a 259 consta termo de consentimento livre e esclarecido da traqueostomia, assinado em 18/02/2020.
13. Às fls. 279 consta solicitação para realização de traqueostomia para paciente com encefalopatia hipoxico-isquêmica em ventilação invasiva e sem despertar.
14. Às fls. 280 consta na evolução médica, emitida em 18/10/2019 pelo Dr. Rafael Barboza Trancoso, CRM ES 11427, descrevendo que foi conversado com familiares (dois filhos) em conjunto com a equipe assistente, sendo definido no dia 16/10/19 que seria



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

instituído medidas de priorização de conforto, tendo em vista ao quadro clínico atual gravíssimo e prognóstico reservado (quadro neurológico - TC crânio evidenciando sinais de encefalopatia hipóxica-isquêmica difusa). Naquele momento foi optado por suspender a terapia renal substitutiva e retirar cateter de hemodiálise. Porém a equipe assistente e a superintendência foram abordados pelo filho Sérgio que se demonstrou totalmente contra a instituição de cuidados paliativos. Portanto, mediante a conflito dos familiares, foi optado pela equipe assistente manter medidas invasivas. Dessa forma, solicitado material para punção venosa profunda e retorno da hemodiálise.

15. Às fls. em que apresenta evolução médica, em 18/11/2019, constando em 22/11/2019 eliminação de secreção purulenta e hiperemia local, orientado retirada com coleta de cultura de ponta de cateter + hemocultura pareada. Consta relato de piúria, em 24/10/19 alta suspensa - paciente teve episódio de edema agudo de pulmão hipertensivo, associado a dispneia, sudorese e dessaturação - revertido rapidamente, porém retornou para AVM/PCV. Em 25/10/19 - em condições de alta da UTI para UADC. Em 27/10 - durante hemodiálise em UADC, paciente teve um episódio de hipotensão associado a bradicardia sendo necessário transferi-la para sala de emergência. Iniciado suporte hemodinâmico, noradrenalina e troca de esquema de antibiótico (meropenem + vancomicina), sendo coletado culturas. Paciente encaminhada para UTI para manutenção do tratamento. Aguardando BIPAP para alta da UTI para UADC. Em 02/12/2019 foi solicitado medidas para prevenção úlceras de pressão. Em 07/12/2019 observar sinais de recuperação da função renal. Em 12/12/2019 foi iniciado daptomicina devido resultado de cultura (hemocultura 04/12/2019 – Staphylococcus aureus MRSA) e solicitado ecocardiograma, que foi realizado em 13/12/2019 evidenciando função sistólica biventricular preservada (FE: 65%), insuficiência valvar mitral, tricúspide e aórtica discreta, IPSAP: 32 mmhg, veia cava inferior dilatada 22 mm, variação respiratória menor que 50%, ausência de imagem



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

- sugestiva de endocardite infecciosa ao método torácico. Outros exames apresentados são TC tórax (16/11/19): volumoso derrame pleural direita e moderado esquerda. sinais de congestão pulmonar, e TC tórax (23/11/19): volumoso derrame pleural a direita e moderado à esquerda com atelectasias compressivas no parênquima pulmonar adjacente. **Apresenta como comorbidades ou história patológica pregressa HAS + DM + DPOC segundo evolução em autos.** Em 29/11/2019 foi realizado escarotomia sacral sem sinais de coleção importante. Em 06/12/2019 apresenta abscesso perianal e piora clínica sendo prescrito meropenem após abordagem cirúrgica, no dia 09/12/2019 feito desbridamento em centro cirúrgico de tecido necrótico em região perineal e sacral. Pela data 15/01/2020 paciente foi transferida da UTI para UADC. No dia 22/01/2020 feito laudo para solicitação de home care, e no dia 27/01/2020 houve piora do leucócito e paciente subfebril, colhida novas culturas e escalonado antibiótico para meropenem. No início de fevereiro de 2020 foi realizado a troca da cânula de traqueostomia para a metálica, paciente fora do ventilador mecânico há 7 dias. Foi mantido vancomicina -por 10-14 dias após hemocultura negativa e meropenem por 14 dias com término previsto 10/02/2020. Em 27/02/2020 foi mantido meropenem e trocado vancomicina por polimixina Novo ecocardiograma (02/02/2020) evidenciando função sistólica biventricular preservada (FE: 57%), disfunção diastólica discreta do VE, hipertrofia concentrica discreta do VE, insuficiência valvar mitral, aórtica e tricúspide discreta, PSAP: 20 mmhg; veia cava inferior normal, ausência de imagem sugestiva de endocardite ao método torácico.
16. Às fls. 1244 consta na evolução médica paciente idosa, hipertensa, deu entrada por AVC extenso, tendo evoluído com PCR com RCP bem-sucedida e encefalopatia. Internação prolongada neste nosocômio, tendo apresentado doença renal crônica agudizada, com necessidade de dialise e múltiplos focos infecciosos. No momento, sem foco infeccioso e com função renal recuperada. Família resistente quanto ao prognóstico reservado, não



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

aceita paliatividade. No início do mês de março (02/03/2020), paciente apresentou, segundo evolução médica, hipotensão nos controles, bradicardia, dependente de assistência ventilatória mecânica (AVM) pela traqueostomia. Solicitada vaga na UTI. Mantendo antibiótico por orientação da equipe infectologia (CCIH), e mantendo família ciente da gravidade e prognóstico. Familiares acompanhados e orientados pela psicóloga.

II – PATOLOGIA E TRATAMENTO

1. **Acidente Vascular Encefálico (AVE):** conhecido popularmente como derrame cerebral, acontece quando vasos que levam sangue ao cérebro entopem ou se rompem, provocando a paralisia da área cerebral que ficou sem circulação sanguínea. É uma doença que acomete mais os homens e é uma das principais causas de morte, incapacitação e internações em todo o mundo. Quanto mais rápido for o diagnóstico e o tratamento do AVE, maiores serão as chances de recuperação completa. Existem dois tipos de AVE, que ocorrem por motivos diferentes: AVE hemorrágico e AVE isquêmico. **O AVE isquêmico é o mais comum e representa 85% de todos os casos. Ocorre quando há obstrução de uma artéria, impedindo a passagem de oxigênio para células cerebrais, que acabam morrendo. O AVE hemorrágico ocorre quando há rompimento de um vaso cerebral, provocando hemorragia. Esta hemorragia pode acontecer dentro do tecido cerebral ou na superfície entre o cérebro e a meninge. Pode causar a morte com mais frequência do que o AVE isquêmico. A avaliação inicial de um paciente com suspeita de AVC é similar a qualquer outra emergência. A avaliação neurológica visa a identificar sinais e sintomas do paciente com AVC, seus diagnósticos diferenciais e suas complicações imediatas. A informação mais importante**



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

da história clínica é o horário de início dos sintomas. A definição atual do início dos sintomas é o momento que o paciente foi visto pela última vez em seu estado usual de saúde ou assintomático. Para pacientes incapazes de fornecer informações (afásicos ou com rebaixamento do nível de consciência) ou que acordam com os sintomas de AVC, o horário de início dos sintomas é definido como aquele em que o paciente foi visto assintomático pela última vez. Para pacientes que apresentaram sintomas que se resolveram completamente e posteriormente apresentaram instalação de novo déficit, o início dos sintomas é considerado como o início do novo déficit. A presença de fatores de risco para aterosclerose e doença cardíaca deve ser determinada, assim como história de abuso de drogas, enxaqueca, infecção, trauma ou gravidez. O exame clínico deve incluir oximetria de pulso e mensuração de temperatura, avaliação de coluna cervical em casos de trauma e da presença de rigidez de nuca, ausculta de carótidas, observação das jugulares, ausculta pulmonar e avaliação do padrão respiratório, ausculta e palpação abdominal e avaliação de pulso e edema em membros superiores e inferiores.

2. O **diabetes mellitus (DM)** consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 425 milhões de pessoas com DM mundialmente. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. Os fatores causais dos principais tipos de DM – genéticos, biológicos e ambientais – ainda não são completamente conhecidos. O DM, tipo 1 é bem mais frequente na infância e na



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

adolescência, mas pode ser diagnosticado em adultos, que podem desenvolver uma forma lentamente progressiva da doença, denominada latent autoimmune diabetes in adults (LADA). O DM2 é uma das principais doenças crônicas que podem ser evitadas por meio de mudanças no estilo de vida e intervenção não farmacológica. Estudos epidemiológicos e intervencionistas sugerem que a perda de peso seja a principal forma de reduzir o risco de diabetes. O alerta mundial para a prevenção do DM2 é reforçado, como mencionado, pelo substancial aumento da sua prevalência nas últimas décadas. O tratamento do Diabetes tipo 1, além da terapia não-farmacológica, exige sempre a administração de insulina. As preparações de insulina são classificadas, a partir de parâmetros farmacocinéticos, como de ação curta, intermediária e longa. O tratamento atual do DM2 visa manter o controle glicêmico adequado, seja com dieta hipocalórica, aumento da prática de exercícios físicos ou uso de medicações. Existem no momento diversas opções terapêuticas, que podem ser utilizadas isoladamente ou em associações: sensibilizadores da ação de insulina (metformina, tiazolidinedionas), anti-hiperglicemiantes (acarbose), secretagogos (sulfoniluréias, repaglinida, nateglinida), drogas anti-obesidade e/ou insulina.

3. A **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**, conhecida popularmente como pressão alta, é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial, aferida com esfigmomanômetro ou tensiômetro, tendo como causas a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse, o fumo, entre outras causas. Pessoas negras possuem mais risco de serem hipertensas. A sua incidência aumenta com a idade, mas também pode ocorrer na juventude. O tratamento da **Hipertensão Arterial Sistêmica** pode ser medicamentoso e/ou associado com um estilo de vida mais saudável. Entre as medidas não-farmacológicas estão: Moderação da ingestão de sal e álcool; Aumento na ingestão



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

de alimentos ricos em potássio; Prática regular de atividade física; Fomentar práticas de gestão do stress; Manutenção do peso ideal (IMC entre 20 e 25 kg/m²); Minimizar o uso de medicamentos que possam elevar a pressão arterial, como Anticoncepcionais orais e Anti-inflamatórios. Nos casos que necessitam de medicamentos, são utilizadas várias classes de fármacos, isolados ou associados: Diuréticos; Inibidores do sistema nervoso simpático; Inibidores de endotelina; Antagonistas dos canais de cálcio; Inibidores da enzima conversora da angiotensina II; Antagonistas do receptor AT₁ da angiotensina II; Inibidores diretos da renina; Vasodilatadores diretos e Nitratos.

4. **Insuficiência renal:** É a falência do rim, e a impossibilidade de realizar suas funções de maneira satisfatória, sendo o responsável pela filtração do sangue, retirando do mesmo a ureia, o ácido úrico, o fósforo e o hidrogênio. Além disso, reabsorve albumina, sódio, potássio e cálcio. O rim também é responsável pela produção dos seguintes hormônios: Eritropoietina (estimula a produção de glóbulos vermelhos), Sistema renina angiotensina (aumenta a pressão arterial) e Calcitriol (Vitamina D ativada, aumentando o cálcio dos ossos). O tratamento da Insuficiência Renal vai depender da fase em que o paciente se encontra. Pode ser insuficiência renal aguda do tipo pré-renal, renal ou pós renal.
5. **Doença Renal Crônica (DRC)** é definida pela alteração da função renal com queda taxa de filtração glomerular < 60 ml/min/1.73m² por 3 meses, ou se relacionado a algum marcador de injúria renal parenquimatosa. Atualmente constitui um prevalente problema de saúde pública. Os fatores de risco são doenças cardiovasculares, diabetes, litíase renal, infecção urinária de repetição, obesidade, tabagismo. Porém existem outros fatores de risco não modificáveis que podem cursar com piora da função renal como malformações do aparelho urinário. O diagnóstico é obtido através da dosagem de marcadores da função renal (ureia e creatinina) no qual é possível estimar a taxa de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

filtração glomerular, associado a outros exames a fim de investigação etiológica como a ultrassonografia e a análise de sedimentos urinários. A partir da estimativa da filtração glomerular pode-se classificar a doença renal em 5 estágios: Estágio 1 (Taxa de filtração glomerular $\geq$ 90 ml/min/1.73m²), estágio 2 (Taxa de filtração glomerular 60-89 ml/min/1.73m²), estágio 3A (Taxa de filtração glomerular 45-59 ml/min/1.73m²), estágio 3B (Taxa de filtração glomerular 30-44 ml/min/1.73m²), estágio 4 (Taxa de filtração glomerular 15-29 ml/min/1.73m²), estágio 5 (Taxa de filtração glomerular $<$ 15 ml/min/1.73m²). A piora da taxa de filtração glomerular está relacionada a aumento da mortalidade. Em todos os estágios mencionados devem-se adotar medidas de estilo de vida como mudança de hábito alimentar, atividade física regular e abstenção do tabagismo. O acompanhamento médico é indicado para otimização terapêutica a fim de se obter adequado controle das comorbidades, solicitação de exames de rotina, controle pressórico e glicêmico. Os pacientes em estágio 5 não dialítico, de forma geral, além dessas medidas, devem ser encaminhados para acompanhamento em serviços de referência para avaliação de hemodiálise e/ou transplante renal.

6. A **doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)** é uma doença prevenível e tratável ocasionada pela exposição ao tabagismo e gases tóxicos. A sua característica é a obstrução progressiva ao fluxo aéreo de irreversível depois de ocorrerem as lesões no parênquima. A DPOC é uma doença pulmonar grave, com repercussão sistêmica causada principalmente por uma exposição constante e prolongada ao tabagismo. De início pulmonar, o processo inflamatório atua na musculatura esquelética, hipotrofiando a fibra e causando intolerância ao exercício físico. A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ocupa no Brasil, segundo dados do DATASUS, o quinto lugar dentre as principais causas de morte. São internados 290 mil doentes anualmente, trazendo um grande prejuízo ao sistema de saúde. Gastos indiretos também são



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

computados como perda de dias de trabalho, aposentadorias precoces. A exacerbação da DPOC é um evento agudo caracterizado por piora dos sintomas respiratórios basais e que leva à mudança na medicação. O diagnóstico é clínico e deve incluir dois dos três sinais/sintomas: Alteração da purulência do escarro, aumento do volume do escarro e piora da dispneia. O tratamento da DPOC inclui uma equipe multidisciplinar, buscando uma reabilitação respiratória desses pacientes. O programa de reabilitação respiratória requer a utilização de exercícios físicos e respiratórios, **acompanhamento médico** e psicológico dos doentes com DPOC. A utilização de exercícios físicos busca melhorar a resistência da musculatura, aumentando a capacidade respiratória e a troca gasosa, diminuindo a fadiga muscular. Existe uma gama de medicamentos utilizados no tratamento farmacológico da doença e das crises de agudização, dentre eles corticoides e broncodilatadores. Podem ainda ser utilizados antibióticos nas complicações infecciosas e oxigenioterapia, incluindo máscaras de O₂, Ventilação mecânica não invasiva e ventilação mecânica invasiva.

7. **Atualmente a sepse é a principal causa de morte nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI)** e uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia, superando o infarto do miocárdio e o câncer. Tem alta mortalidade no país, chegando a 65% dos casos, enquanto a média mundial está em torno de 30-40%. Segundo um levantamento feito pelo estudo mundial conhecido como Progressá, a mortalidade da sepse no Brasil é maior que a de países como Índia e a Argentina. **Para admissão em UTI:** São listadas como precedências para admissão, **segundo o CFM:**
- Pacientes que necessitam de tratamento que não podem ser oferecidos fora da UTI (instáveis; suporte ventilatório; drogas vasoativas);
 - Pacientes que necessitam de monitorização intensiva, pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata;



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

- Complicações reversíveis em pacientes com doença de base (criticamente doentes, com possibilidade reduzida de sobrevida).
 - **Pacientes fora de possibilidade terapêutica, ou que tenham estado geral muito bom para se beneficiar da UTI;**
 - **Pacientes com doença em fase de terminalidade, ou moribundos, sem possibilidade de recuperação. Em geral, esses pacientes não são apropriados para admissão na UTI (exceto se forem potenciais doadores de órgãos). No entanto, seu ingresso pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as peculiaridades do caso e condicionado ao critério do médico intensivista.**
8. Tem-se verificado um envelhecimento da população, condicionando um aumento do número de doenças crônicas e da esperança média de vida. Assim, é um grande desafio o tratamento de doenças crônicas, durante cada vez mais tempo, até fases muito avançadas da sua progressão. Torna-se, portanto, essencial identificar os doentes que precisam de cuidados paliativos, que são cuidados ativos de conforto (físico, psíquico, social e espiritual), não com o objetivo curativo, mas sim de promoção de qualidade de vida em todas as suas vertentes. Os doentes com necessidade de cuidados paliativos estão nos hospitais, nas unidades de cuidados continuados, mas estão sobretudo na comunidade, que inclui o domicílio e os lares de acolhimento. Atualmente há ainda um número muito elevado de doentes que poderiam beneficiar de cuidados paliativos, mas não os têm, por serem sido correta e precocemente identificados como doentes a carecer de uma abordagem paliativa. A escala SPICT-PT é um instrumento que permite identificar pessoas em situação de doença grave e irreversível. Permite avaliar a necessidade de cuidados paliativos e fazer o seu planeamento. O que torna a escala SPICT-PT essencial é fato de ser uma ferramenta importante e de fácil utilização na



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

identificação de doentes paliativos, podendo ser usada por médicos de todas as especialidades.

O SPICIT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.		
Procure por indicadores gerais de piora da saúde.		
• Internações hospitalares não programadas. • Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia). • Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador. • Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal. • Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base. • A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.		
Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.		
Câncer Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer. Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	Doença cardiovascular Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca, ou doença coronariana extensa e intratável com: • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. Doença vascular periférica grave e inoperável.	Doença renal Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG< 30ml/min) com piora clínica. Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos. Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
Demência/ fragilidade Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda. Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição. Incontinência urinária e fecal. Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social. Fratura de fêmur, múltiplas quedas. Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	Doença respiratória Doença respiratória crônica grave com: • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. Necessidade de oxigenioterapia por longo prazo. Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.	Doença hepática Círcose avançada com uma ou mais complicações no último ano: • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas Transplante hepático é contraindicado.
Doença neurológica Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada. Problemas de fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição. Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.	Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.	
Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.		
• Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado. • Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar. • Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família. • Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva. • Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.		



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

III - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de uma paciente de 74 anos, hipertensa, diabética, portadora de DPOC que foi admitida por AVC extenso, tendo evoluído com parada cardiorrespiratória com ressuscitação cardiopulmonar bem-sucedida e consequente encefalopatia. Internação prolongada na Fundação Hospital Maternidade São Camilo de Aracruz, tendo apresentado doença renal crônica agudizada, com necessidade de dialise e múltiplos focos infecciosos e infecções tratadas. Conforme descrito, família resistente quanto ao prognóstico reservado, não aceita paliatividade.
2. **Em conclusão**, considerando que a paciente apresenta comorbidades previamente conhecidas; considerando que no momento da emissão do laudo médico paciente estava sem uso de medicações vasoativas; considerando os critérios acima mencionados para internação na UTI; considerando evolução de internação onde critérios para paliatividade se fazem presentes – paciente de 74 anos, com múltiplas comorbidades, encefalopatia hipóxica/anóxica, AVC isquêmico extenso, sem melhora após 8 semanas, sem drogas vasoativas e sem mudança no prognóstico; considerando que a sepse é a principal causa de morte nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI); considerando também lista de precedências para admissão na UTI, segundo o CFM, **este NAT entende que, conforme evolução médica do dia 13/03/2020, não havia à época critérios bem definidos que justificassem a necessidade de leito de UTI.**
3. Quanto ao *home care*, sabe-se que os principais benefícios da atenção domiciliar incluem a redução de infecções hospitalares em pacientes com patologias crônicas e suas complicações, como a paciente em tela, que apresenta sequela de doença neurológica, e a maior convivência destes pacientes com a família e rede social, visto também que um



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

ou mais dos familiares podem ser treinados como cuidadores e participarem da terapia e reabilitação do paciente. Cabe ressaltar que uma vez que nos autos não se tem o quadro clínico atualizado, e não se sabe como está no momento a paciente, visto que esta orientação/ avaliação é realizada a distância, orienta-se a avaliação dos médicos que a assistem, sobre a factibilidade do *home care*. Como descrito acima, **a paciente possui critérios para paliatividade, o que não significa deixar de cuidar, porém tratá-la com respeito e dignidade, não atuando com tratamentos que prolongarão sofrimento sem modificar seu prognóstico. Caso impossibilidade de tratamento em domicílio pela família cabe a avaliação para critério de leito de longa permanência.**





Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

REFERÊNCIAS

Instituto Latino Americano da Sepse; O que é seps; disponível em:
<http://www.sepsisnet.org/pg.php?v=o-que-e-sepse>

Resolução do CFM define critérios de admissão de pacientes em UTIs; disponível em:
<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/resolucao-do-cfm-define-criterios-de-admissao-de-pacientes-em-utis/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral – disponível em
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf

Protocolo Clínico - Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - Abordagem aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral, disponível em:
<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Protocolo%20de%20Acidente%20Vascular%20Cerebral%20ATUALIZADO%20Agosto%202018.pdf>

Torriani C. Et al, Relação entre independência e o nível de disfunção motora e funcional em pacientes hemiparéticos, disponível em:
<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2007/RN%2015%2001/Pages%20from%20RN%2015%2001-5.pdf>

Hospital Israelita Albert Einstein - Diretrizes Assistenciais Acidente Vascular Cerebral, disponível em: <http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/AVC.pdf>

MAEDA, Sergio Setsuo et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 58, n. 5, p. 411-433, July 2014. Available from



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000500411&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03mar2020.

ARAUJO, Leila Maria Batista; BRITTO, Maria M. dos Santos; PORTO DA CRUZ, Thomaz R.. Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 509-518, Dec. 2000. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000600011&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302000000600011>.

VIANA, MÁILLA REBOUÇAS; RODRIGUEZ, TÂNIA. **Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus**. [Dissertação]. Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6761/1/aa.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2017

Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Diabetes Mellitus: Nefropatia**. Disponível em: <http://projetodiretrizes.org.br/4_volume/08-Diabete.pdf>. Acesso em: 19 out. 2017

Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no sistema único de saúde. © 2014 Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Corrêa RA, Lundgren LC et al. Diretrizes brasileiras para pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes 2009. Diretrizes da SBPT. Disponível em <http://www.scielo.br>

Graça NP. DPOC na Terapia Intensiva - O que há de novo? *Pulmão RJ* 2015;24(3):15-19 . Disponível em http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2015/n_03/06.pdf