



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1336/2019

Vitória, 26 de agosto de 2019

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 3º Juizado Especial Criminal de Vitória/ES, requeridas pela MM. Juíza de Direito Dr^a. Maria Nazareth Caldonazzi de Figueiredo Cortes, sobre o procedimento: **Home Care (composto por médicos, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e nutricionista) + fraldas geriátricas + medicamentos.**

I – RELATÓRIO

1. Em síntese dos fatos relatados na Inicial, trata-se de paciente que apresenta há aproximadamente um ano, estado de saúde bastante frágil devido a ocorrência de acidente cerebral vascular – AVC e, desde então é usuária de cateter inserido em traqueostomia e dieta enteral por meio de sonda. As sequelas cerebrais foram tão graves, que hoje a autora se encontra em estado vegetativo, sendo inclusive interdita judicialmente, ficando sob os cuidados de sua filha, ora curadora. Sem condições de se deslocar para realização dos procedimentos médicos necessários - deslocamento este que somente seria possível com ambulâncias especializadas - a representante legal da autora compareceu ao posto de saúde de seu bairro a fim de requerer o acompanhamento médico domiciliar para sua mãe, contudo, foi informada pela administração local que a unidade não disponibilizava tal assistência. Como não possui



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

recursos para tal, recorre à via judicial.

2. Às fls. 18 consta o Laudo Médico, em papel timbrado da Maternidade Santa Úrsula, emitido em 08/08/2019, relatando que a paciente [REDACTED], de 80 anos de idade, acamada após quadro de AVE, portadora de gastrostomia e traqueostomia, altamente dependente de cuidados, necessita de equipe de Home Care, composta de médico, técnico de enfermagem, fisioterapeuta e nutricionista.
3. Às fls. 14 consta o Laudo Médico para solicitação de Oxigenioterapia domiciliar, em papel timbrado da Maternidade Santa Úrsula, emitido em 05/08/2019, justificando que a paciente [REDACTED], de 80 anos de idade, portadora de hipertensão arterial, hipotireoidismo, depressão maior e doença pulmonar obstrutiva crônica, acamada após quadro de acidente vascular encefálico, internada neste nosocômio inicialmente para tratamento de pneumonia, submetida previamente à gastrostomia e traqueostomia, realizado manejo clínico com melhora do quadro, porém paciente permanece altamente dependente de oxigenioterapia suplementar em macronebulização em traqueostomia em litragem de 2 l/min durante 24 horas por dia. Em última gasometria arterial colhida no dia 05 de agosto de 2019, em ar ambiente, apresenta pH de 7.51; pO₂ 47.3 mmHg; pCO₂ de 43 mmHg; HCO₃ 33mmo/L; SAT 88.5; BE 10.2 mmol/L.
4. Às fls. 16 consta o resultado da gasometria arterial da paciente [REDACTED] colhida no dia 05/08/2019, tendo como resultado: pH de 7.51; pO₂ 47.3 mmHg; pCO₂ de 43 mmHg; HCO₃ 33mmo/L; SAT 88.5; BE 10.2 mmol/L.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde 2006 –



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

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.

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.
3. O conceito de segurança alimentar, abordado na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Portaria GM/MS Nº 710, de 10 de junho de 1999), consiste no “abastecimento, na quantidade apropriada, no acesso universal aos alimentos e no aspecto nutricional (composição, qualidade e aproveitamento biológico)”.
4. O Estado do Espírito Santo possui PORTARIA 054-R, de 28/04/2010 que estabelece critérios de uso e padroniza fórmulas nutricionais para pacientes com disfagia neurológica grave, portadores de neoplasias que causem obstrução do trato gastrointestinal, entre outras patologias, que fazem uso de sonda de longa permanência por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, se alimentam exclusivamente por nutrição enteral.



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

DA PATOLOGIA

1. O **Acidente Vascular Cerebral (AVC)** é uma doença cerebrovascular popularmente conhecida como “derrame”, sendo a segunda maior causa de morte no Brasil e no mundo.
2. O AVC pode ser classificado como Isquêmico (I) ou Hemorrágico (H).
3. O AVC Isquêmico é o mais prevalente (84% dos casos). Os principais fatores de risco são a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Fibrilação atrial, entre outros. Aterosclerose de pequenas e grandes artérias cerebrais é responsável pela maioria dos AVC isquêmicos.
4. O AVC Hemorrágico é uma emergência médica. O aumento súbito do volume de sangue intracraniano eleva a pressão e causa cefaleia intensa, dor na nuca, visão dupla, náusea e vômito, perda da consciência ou morte. O prognóstico do AVC hemorrágico é pior e o índice de óbitos maior em relação ao AVC isquêmico. O diagnóstico rápido e o manejo atento de pacientes com hemorragia intracraniano são cruciais, porque a deterioração precoce é comum nas primeiras horas. O risco de deterioração neurológica precoce e a alta taxa de maus resultados a longo prazo reforçam a necessidade de um tratamento precoce agressivo.
5. 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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

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.

6. Os resultados do estudo de imagem não devem ser tomados como indicação ou não de modalidades de tratamento escolhidas de maneira isolada. Esta escolha deverá ser ponderada pelo médico responsável pelo paciente levando em conta todas as circunstâncias clínicas. A tomografia de crânio está disponível na maioria dos hospitais e seus achados na fase aguda do AVC são elementos chave na decisão terapêutica. A tomografia de crânio possibilita: Afastar hemorragia intracraniana e outros diagnósticos diferenciais, Afastar infarto definido e edema cerebral importante, Avaliar a presença de sinais precoces de isquemia cerebral e Sinal da artéria cerebral média hiperdensa. Em relação a Angiotomografia e a Angiografia cerebral, apesar de ser o exame padrão ouro para diagnosticar aneurisma nos últimos anos, a angiotomografia vem se tornando mais popular por não ser um método invasivo e possuir sensibilidade e especificidade comparável a angiografia. É importante a avaliação de todos os vasos cerebrais pois 15% dos pacientes possuem múltiplos aneurismas. A Ressonância Magnética deve ser solicitada caso a segunda avaliação por angiografia ou angiotomografia não evidencie nenhum aneurisma para investigar malformação arteriovenosa.



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

DO TRATAMENTO

1. A eficiência do tratamento do paciente com AVC agudo depende diretamente do conhecimento dos seus sinais e sintomas pela população, da agilidade dos serviços de emergência, incluindo os serviços de atendimento pré-hospitalar e das equipes clínicas, que deverão estar conscientizadas quanto à necessidade da rápida identificação e tratamento desses pacientes, do transporte imediato para o hospital indicado e de unidades de tratamento do AVC.
2. Uma vez internado em Unidade de AVC (UAVC) o paciente deve ser mantido em leito com monitorização, pelo menos nas 48 horas iniciais da admissão, ou até que a pressão arterial esteja controlada. Os pacientes admitidos na UAVC, com AVCH devem receber os seguintes cuidados: · Monitorar o paciente (PA não invasiva, monitoração cardíaca contínua, oximetria, temperatura axilar); · Glicemia capilar à admissão. Monitoração de 4/4h no caso de glicemia normal à admissão; · Monitorar de 1/1h se glicemia alterada a admissão; · Puncionar acesso venoso calibroso, preferencialmente em membro não parético; · Eletrocardiograma em 12 derivações · Coletar hemograma, glicemia, atividade de protrombina, tempo parcial de tromboplastina ativada, plaquetas, sódio, potássio, creatinina, ureia; · Aplicar escala do National Institutes of Health (NIH): neurologista, clínico ou enfermeiro.
3. Em relação ao tratamento clínico do AVCH, sabe-se que este se baseia no controle das complicações das doenças pré-existentes como hipertensão arterial, diabetes melitus e coagulopatias, bem como no manejo adequado da hipertensão intracraniana e das eventuais crises convulsivas.
4. O tratamento cirúrgico do AVCH depende do volume e da localização do hematoma intracerebral, da presença de sangue nos ventrículos e o quadro clínico do paciente. Estudos recentes demonstram a importância de se incluir mais indicadores nos critérios para intervenção neurocirúrgica, uma vez que a análise criteriosa de



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

publicações de séries de casos de AVCH demonstram não haver diferenças na morbidade e na mortalidade dos pacientes tratados cirurgicamente. Um estudo clínico randomizado (STICH-The surgical trial in Intracerebral Hemorrhage) comparou cirurgia precoce (20 horas do início dos sintomas) com tratamento conservador, não tendo demonstrado diferença no prognóstico entre os grupos. No entanto algumas recomendações existem quanto ao manejo cirúrgico do AVCH: 1- Pacientes com hemorragia cerebelar > 3 cm que apresentam deterioração neurológica, compressão de tronco encefálico ou hidrocefalia devem ser submetidos a procedimento cirúrgico de urgência. 2- Em pacientes com hematomas lobares distantes 1 cm ou menos da superfície cortical, evacuação do hematoma por craniectomia convencional pode ser considerada. 3- Existem poucos dados de literatura para avaliar o impacto da craniectomia descompressiva no prognóstico de pacientes com AVCH.

5. As novas perspectivas do tratamento do AVCH passam por cirurgias menos invasivas, uso de agentes hemostáticos na fase precoce da doença e uso de medicação trombolítica através de derivação ventricular externa em pacientes com hemorragia intraventricular.
6. A pessoa com alteração funcional secundária ao AVC pode ser atendida em uma unidade ambulatorial, por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar. Especialidades que podem integrar esta equipe: assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional. Há necessidade da realização de avaliações clínicas e instrumentais especializadas indicadas para detectar o nível de comprometimento, recursos funcionais e definir cuidados fundamentados em métodos destinados à recuperação de déficits ou desenvolvimento de compensações. A atenção integrada à saúde do paciente com AVC requer uma abordagem interdisciplinar, que contempla a programação de reuniões periódicas dos profissionais para a discussão de cada caso, incluindo as estratégias de atendimento. Dessa forma, a família poderá receber orientações uniformes e



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

consensuadas pela equipe envolvida na reabilitação, o que facilita a adesão ao tratamento.

7. Como parte do cuidado qualificado, é importante a garantia de acesso dos usuários às Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Atenção na Rede Básica associa um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo e deve buscar não só a assistência, mas também a prevenção e a redução das taxas de internação e/ou reinternação por AVC. Para tanto, algumas medidas bem estabelecidas precisam ser consideradas:

- Educação permanente de recursos humanos a fim de identificar precocemente pessoas com os fatores de risco para o AVC e garantir acompanhamento nas UBS, além da identificação de sinais e sintomas iniciais, favorecendo o pronto atendimento imediato;
- Formação das equipes de Saúde da Família pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com o propósito de capacitar os agentes comunitários de Saúde e demais membros da Estratégia Saúde da Família (ESF), identificar 19 pessoas com AVC e fornecer orientações e os primeiros cuidados de reabilitação territorial;
- Encaminhamento para o profissional capacitado para que seja feita prescrição de recursos em tecnologia assistiva, tais como: órteses, cadeiras de rodas e cadeiras de rodas para banho, além de adequação do ambiente físico, quando necessário, por meio de critérios seguros e que auxiliem nos primeiros cuidados pós-evento;
- Incentivo à formação de programas de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC);
- Promoção de campanhas educativas por variadas mídias, para a população em geral, com uso de linguagem acessível e não alarmante, visando à prevenção com divulgação dos fatores de risco e a sinais precoces do evento, para que a própria população possa reconhecer os grupos de risco e procurar assistência o mais rápido possível, quando necessária;



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

- Estimulação da educação em saúde dos grupos de risco, coordenada por profissionais de Saúde habilitados nas UBS, com o objetivo de promover a discussão acerca de medidas preventivas, tais como mudanças de hábitos alimentares e estímulo à atividade física, além de permitir a troca de experiências;
- Ações que facilitem a inclusão escolar, laboral ou social de pessoas com AVC;
- Realização de abordagens e práticas grupais e oficinas socioeducativas, focais, operativas, terapêuticas, entre outras;
- Integração das ações da reabilitação aos outros equipamentos do território (escolas, igrejas, associações, áreas de esporte e lazer).

DO PLEITO

1. **Home Care (composto por médicos, fisioterapeuta, técnico de enfermagem e nutricionista) + fraldas geriátricas + medicamentos.**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. De acordo com os documentos que este Núcleo teve acesso, trata-se de uma paciente grave, de 80 anos de idade, acamada, por sequela de acidente vascular cerebral, portadora de hipertensão arterial, hipotireoidismo, depressão maior e doença pulmonar obstrutiva crônica, com gastrostomia e traqueostomia, com internação atual devido a quadro de AVC. No último resultado de exame anexado (possivelmente gasometria venosa), foi verificado que a paciente apresenta distúrbio do equilíbrio ácido-base (com alcalose metabólica) e permanece altamente dependente de oxigenioterapia suplementar em macronebulização em traqueostomia em litragem de 2 l/min durante 24 horas por dia.
2. Sabe-se que os principais benefícios da atenção domiciliar incluem a redução de



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

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 ou mais dos familiares podem ser treinados como cuidadores e participarem da terapia e reabilitação do paciente. Estes cuidadores podem ser capacitados pela equipe de atenção domiciliar em procedimentos simples ou complexos, tais como dar banho no paciente ou executar exercícios físicos prescritos pela equipe de profissionais de saúde. O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) deve possuir um responsável técnico de nível superior da área da saúde, habilitado junto ao respectivo conselho profissional. Além disso, o prestador de serviço precisa estar inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Já a equipe de profissionais que atenderá o paciente deve ser montada de acordo com a especificidade da assistência a ser prestada, no caso da paciente, em regime de Internação Domiciliar, em que recebe cuidados semelhantes ao que receberia em uma internação hospitalar. **Vale ressaltar que o Município de Vitória não se encontra conveniado pelo Ministério da Saúde para o serviço de internação domiciliar.**

3. Em relação à **necessidade de fraldas**, informamos que, como a Requerente está restrita ao leito, sem condições de se locomover, com sequela de AVC, com possível incontinência urinária e/ou fecal associada ao quadro, há indicação de utilizá-las. Considerando que o Município de Vitória é responsável pela atenção básica, cabe ao mesmo o fornecimento das fraldas descartáveis, mesmo se tratando de material de higiene. Sobre o quantitativo das fraldas descartáveis, cabe ressaltar que a Portaria do Ministério da Saúde Nº 3.219, de 20 de outubro de 2010, que amplia a cobertura do Programa Farmácia Popular do Brasil, estabelece como quantitativo máximo de dispensação de fraldas descartáveis geriátricas para incontinência urinária 04 Unidades/dia. Assim, a média utilizada geralmente pelos profissionais de saúde (04 fraldas/dia).



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

4. Quanto ao pleito de disponibilização de **medicamentos necessários**, informamos que não foram mencionados quais estão sendo utilizados pela paciente, impossibilitando assim a elaboração de um Parecer sobre o tema.
5. **Por fim, este NAT conclui que, considerando o quadro complexo da paciente, a mesma necessita de cuidados/equipamentos específicos**, devendo ser analisado quais cuidados serão fornecidos, que atendam suas necessidades, pelas Secretaria Municipal de Saúde (Saúde da Família) e Secretaria Estadual de Saúde – SESA, sendo que a mesma tem indicação de utilizar fraldas e de cuidado multidisciplinar. É importante que a equipe de saúde **da família do Município emita um relatório sobre a possibilidade de acompanhamento domiciliar (o que cabe ao Município e ao Estado). Se a equipe entender que a paciente necessita de cuidados especializados 24 horas**, e como este serviço não é disponibilizado nem pelo Município e nem pelo Estado em domicílio, **a paciente deverá ser transferida para um estabelecimento de saúde destinado a internação de longa permanência.**
6. Destaca-se que a paciente, caso ainda esteja internada, só deve receber alta hospitalar após compensação clínica e após suas necessidades de atenção domiciliar identificadas pela equipe terem sido disponibilizadas.

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]

[Redigido]



Poder Judiciário

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

REFERÊNCIAS

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>