



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/NAT/TJES Nº 146/2020

Vitória, 27 de janeiro de 2020.

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

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas do 1º Vara da Infância e Juventude de Vitória- ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito , sobre o procedimento: **Fisioterapia Respiratória.**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na inicial, a requerente, 05 anos de idade vem sendo acompanhada de forma regular pela pneumologista pediátrica do Hospital das Clínicas, devido ao quadro de asma de difícil controle e atelectasia persistente (CIDJ45: asma predominantemente alérgica). Por tal razão, necessita fazer fisioterapia respiratória semanalmente (2 a 3 vezes por semana), além de manter consultas médicas regulares para acompanhamento. Ocorre que, o Hospital das Clínicas, só fornece o serviço de fisioterapia respiratória para pacientes que se encontram internados. Assim, a representante da autora buscou por diversas tentativas de agendamento, mas foi informada que o procedimento indicado não era fornecido em nenhum dos hospitais do SUS. Como o custeio com o procedimento é inviável para a genitora arcar, recorre as vias judiciais para conseguí-lo.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

2. Às fls. 20, laudo médico emitido em 01/10/2019 pela Dra. Carolina Strauss Estevez Gadelha, pneumonologista pediátrica, CRMES 7325, a paciente em tela é acompanhada de forma regular pela pneumologia pediátrica deste hospital. Apresenta asma de difícil controle e atelectasia persistente. Tem teste do suor normal e perfil imunológico normal. Está em uso de corticoide inalatório em dose alta, associado a broncodilatador de longa duração. Necessita fazer fisioterapia respiratória semanalmente (2 a 3 vezes por semana) e manter consultas regulares nesta instituição.
3. Às fls. 23, ecografia transfontanela de 11/06/2014 sem alterações.
4. Às fls. 25 e 26, resumo de alta hospitalar em 18/06/2019, devido a asma.
5. Às fls. 27, resultado do teste do suor em 08/08/2016, valor normal.

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, 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. **Asma de difícil controle:** A asma de difícil controle (ADC) representa desafio de diagnóstico, propedêutica, terapêutica, constituindo-se em grave problema de saúde pública. Considera-se que 5 a 10% dos pacientes com asma são classificados como graves e são responsáveis pelo gasto de até 40 a 50% dos recursos que o sistema público destina para sua assistência, principalmente em hospitalizações frequentes, uso excessivo de medicamentos e consultas repetidas em pronto-socorro. A doença é definida naqueles pacientes que não obtêm controle (sintomas crônicos, exacerbações episódicas, necessidade contínua de broncodilatador de curta duração), apesar do uso de no mínimo 800 µg/dia ou equivalente do corticoide inalatório budesonida por no mínimo seis meses. A maioria das crianças com asma mantém o seu controle clínico com corticoterapia inalatória em doses baixas. A inalação de altas doses de corticosteroides associa-se a efeitos colaterais importantes.
2. A assistência às crianças e adolescentes com ADC é realizada, na maioria das vezes, em atenção compartilhada entre o pediatra geral, o pneumopediatra e uma equipe multidisciplinar composta de imunologista, otorrinolaringologista, fisioterapeuta, enfermeira, nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga e assistente social. Esse modelo proporciona a melhor oportunidade para prestar ótima assistência à criança e à sua família. Esse compartilhamento assegura que o tratamento não fragmente a unidade familiar e que a assistência seja focada na criança e não na doença. Essa abordagem exige que a equipe tenha protocolos e planos de cuidados definidos e contínua comunicação.
3. Frente a um paciente que não responde ao corticoide inalatório em doses elevadas, é necessário: confirmar o diagnóstico de asma; avaliar e tratar os fatores agravantes, excluir diagnósticos alternativos e "otimizar o tratamento da asma".



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

4. Complicações de asma em crianças podem aparecer imediatamente ou e tardiamente. Entre as primeiras complicações estão o *estado* de mal asmático, edema pulmonar e atelectasia cardiogênica, entre outros.
5. A **atelectasia** é definida como a expansão ou colapso imperfeito do tecido pulmonar já inflado, devido à falta de ar e é acompanhado por hiperemia, alterações das trocas gasosas na área e nas quais não há danos à estrutura alveolar, sendo possível reexpansão pulmonar da área de atelectasia uma vez suprimida a causa que a causou, quando sua resolução é rápida. Os fatores importantes para a prevenção ou para a reversão da atelectasia dependem de os pulmões serem ou não lesados. Os achados pré-clínicos do pulmão com atelectasia podem reduzir a propensão à lesão subsequente.

DO TRATAMENTO

1. Os objetivos principais do tratamento da asma são:
 - Controlar sintomas
 - Prevenir limitação crônica ao fluxo aéreo
 - Permitir atividades normais – trabalho, escola e lazer
 - Manter função pulmonar normal ou a melhor possível
 - Evitar crises, idas à emergência e hospitalizações
 - Reduzir a necessidade do uso de broncodilatador para alívio • Minimizar efeitos adversos da medicação
 - Prevenir a morte
2. Os medicamentos para asma podem ser divididos em duas categorias, conforme o objetivo da sua utilização: 1) fármacos para melhora dos sintomas agudos (β 2-agonistas com rápido início de ação, brometo de ipratrópio e aminofilina); 2) fármacos para manutenção, usados para prevenir os sintomas (corticosteróides inalatórios e



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

sistêmicos, cromonas, antagonistas de leucotrienos, β 2-agonistas de longa duração e teofilina de liberação lenta).

3. A fisioterapia respiratória se constitui num valioso método coadjuvante no tratamento da asma, auxiliando na redução da intensidade e frequência dos episódios agudos através da busca do reequilíbrio físico, contribuindo para a sua recuperação e reabilitação. A avaliação e o tratamento fisioterapêutico da criança com asma é baseado na situação clínica do momento. Dentre os principais pontos a serem considerados na avaliação, devem-se determinar o padrão ventilatório e a expansibilidade torácica, investigar a presença ou acúmulo de secreções brônquicas, observar os distúrbios posturais e investigar a qualidade de vida. Com os dados clínicos, pode-se traçar um plano de tratamento adequado para cada paciente. Os objetivos gerais das principais técnicas utilizadas são a desobstrução brônquica, a melhora da expansibilidade torácica, a reeducação postural, o re-equilíbrio muscular e a reabilitação e o condicionamento físico.
4. O tratamento da atelectasia depende da causa, duração e da sua gravidade. Em pacientes hospitalizados, a atelectasia lobar, que ocorre após a cirurgia ou durante a VPM, deve ser tratada com fisioterapia respiratória e broncodilatadores. Não existe padrão-ouro para o tratamento da atelectasia em pediatria. Existem poucos estudos abordando o tratamento da atelectasia com fisioterapia respiratória em pediatria. Um estudo identificou que a utilização da percussão manual e da drenagem postural não adiciona nenhuma eficácia para o tratamento da atelectasia aguda em relação à tosse e à respiração profunda.

DO PLEITO

1. **Fisioterapia respiratória**, é um procedimento regulamentado pelo SUS, sob o código 19.071.02-7 (reeducação funcional respiratória por sessão).



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

REFERÊNCIAS

LASMAR, Laura Maria de Lima Belizario Facury et al. Asma de difícil controle em pediatria: desafio presente e futuro. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 222, n. 2012, p.181-187, 2012. Anual. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/100>>. Acesso em: 27 jan. 2020.

FERNANDEZ COUSE, Gladys; GONZALEZ ARENCIBIA, Ricardo; PALENZUELA SUAREZ, Marina. Asma y atelectasia. **Rev Cubana Pediatr**, Ciudad de la Habana , v. 69, n. 1, p. 31-36, abr. 1997. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311997000100005&lng=es&nrm=iso>. accedido em 27 enero 2020.

Andrade RF, Paixao A. Principais técnicas fisioterapêuticas utilizadas no tratamento da criança asmática - revisão. - Revista de Pediatria SOPERJ. 2006;7(1):4-9

III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA. Jornal de Pneumologia, São Paulo, n. 28, p. s1-s28, 2002.