



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 0140/2019

Vitória, 23 de janeiro de 2019

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

O presente parecer técnico visa atender solicitação de informações técnicas pela 2º Juizado Especial Criminal e Especial da Fazenda Pública de Cariacica - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Benjamin de Azevedo Quaresma, sobre o procedimento: **Fisioterapia**.

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente de 54 anos, sofreu um AVC Hemorrágico, ocasionando assim o quadro de sequelas e apresentando dificuldades motora, além de fortes dores contantes. Ocorre que da deficiência resultou sequelas e agravamento do quadro clínico com necessidade de ser efetuada fisioterapia motora. Salaria que já buscou auxílio junto ao Município e demais órgãos desde 2018, porém não foi atendido até o momento. Por esse motivo recorre à via judicial.
2. Às fls 09 consta laudo médico, datado de 16/01/2019, informando que o Requerente apresenta quadro sequelar no lado esquerdo por AVC (Acidente Vascular Cerebral), apresentando sequela motora. Necessita urgentemente de fisioterapia motora, paciente com dor no momento e dificuldade de deambular, assinado pela médica Annalyra Dalmaschio Ayub, CRM ES 15.555.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.

DO TRATAMENTO

1. 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;
2. 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.
3. 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 publicações de séries de casos de AVCH demonstram não haver diferenças na



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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.

4. 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.
5. Programas de reabilitação **fisioterapêutica** melhoram a capacidade funcional de pessoas com sequelas pela doença, favorecendo o retorno ao convívio social em 80% dos casos. De uma forma geral, o fisioterapeuta coloca ênfase na prática de movimentos isolados, alternando repetidamente de um tipo de movimento para outro, e ensaiando movimentos complexos que requerem uma grande capacidade de coordenação e equilíbrio, como descer ou subir escadas e mover-se entre obstáculos.

DO PLEITO

1. **Fisioterapia:** permite ao doente de AVC readquirir o uso dos membros afetados, desenvolver mecanismos compensatórios para reduzir o impacto dos défices residuais e estabelecer programas de exercícios para ajudar a manter essas novas capacidades aprendidas



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, a Requerente de 54 anos, apresenta quadro sequelar do lado esquerdo por AVC (Acidente Vascular Cerebral), apresentando sequela motora. Necessita urgentemente de fisioterapia motora, paciente com dor no momento e dificuldade de deambular.
2. No presente caso, não consta nos autos documento comprobatório da solicitação administrativa prévia da cirurgia (SISREG - Sistema Nacional de Regulação) ou documento que comprove a negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado), somente relato do Requerente. Como não foi anexado aos autos cartão nacional do SUS do requerente, não é possível verificar no portal do SUS (<https://portalsus.es.gov.br/>) se o Requerente está cadastrado no SISREG.
3. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Regional de Medicina), porém considerando que o Requerente se queixa de dor e apresenta dificuldade para deambular e considerando ainda que os resultados são melhores estabelecidos, quanto antes iniciar o tratamento, o pleito passa então a ter prioridade.
4. Em conclusão, este NAT entende que as sessões de fisioterapia estão padronizadas pelo SUS, e estão indicadas para tratamento do Requerente. A responsabilidade pela disponibilização das sessões de fisioterapia é do Município de Cariacica, que deverá disponibilizá-la com brevidade.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

REFERÊNCIAS

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%ABlica/Protocolo%20de%20Acidente%20Vascular%20Cerebral%20ATUALIZADO%20Agosto%202018.pdf>

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