



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 657/2019

Vitória, 02 de maio de 2019

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED]
[REDACTED] representada
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 sofreu um AVC Hemorrágico em 10/12/2018, ocasionando assim sequelas com déficit motor necessitando realizar fisioterapia motora – 30 sessões. Recorre à via judicial pela necessidade urgente de realizar o procedimento.
2. Às fls. 10 laudo médico, sem data, em que o Dr. Ebrain Gomes, CRMES 8217, solicita 30 sessões de fisioterapia motora.
3. Às fls. 11 laudo médico se encontra laudo médico datado de 09/01/2019 que descreve o quadro durante a internação, os procedimentos realizados e a necessidade e manter acompanhamento ambulatorial com neurocirurgia, controle rigoroso da pressão e reabilitação motora com fisioterapia.



Poder Judiciário Estado do Espírito Santo

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 agravos 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 agravos 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 intracraniana 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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 sensitividade 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 mellitus e coagulopatias, bem como no manejo adequado da hipertensão intracraniana e das



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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,



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

desenvolver mecanismos compensatórios para reduzir o impacto dos défices residuais e estabelecer programas de exercícios para ajudar a manter essas novas capacidades aprendidas

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, a Requerente apresenta quadro sequelar do lado esquerdo por AVC (Acidente Vascular Cerebral), apresentando sequela motora. Necessita urgentemente de fisioterapia motora.
2. Não se trata de urgência médica, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho Regional de Medicina), porém considerando os resultados são melhores estabelecidos, quanto antes iniciar o tratamento, o pleito passa então a ter prioridade.
3. Em conclusão, este NAT entende que as sessões de fisioterapia estão padronizadas pelo SUS, e estão indicadas para tratamento da Requerente. A responsabilidade pela disponibilização das sessões de fisioterapia é do Município de Cariacica, que deverá disponibilizá-la com brevidade.

[REDAÇÃO MASCULINA] [REDAÇÃO FEMININA]
[REDAÇÃO MASCULINA] [REDAÇÃO FEMININA]
[REDAÇÃO MASCULINA] [REDAÇÃO FEMININA]



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%BAblica/Protocolo%2ode%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>