

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: Exmo. Desembargador Dr. Rui de Almeida Magalhães

PROCESSO DE ORIGEM Nº.: 5022774-83.2021.8.13.0027

CÂMARA/VARA: 2ª Instância - 11ª Câmara Cível

COMARCA: Belo Horizonte / Betim

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: SRDR

IDADE: 62 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Atenção domiciliar multiprofissional

FINALIDADE/INDICAÇÃO: Como opção de modalidade assistencial específica

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G40, I 69, R 62, R 13

REGISTROS NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 9249, 30392, 73096, 24567; CREFITO MG 4/82180 F; CRFa MG 1596

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0002792

II – PERGUNTAS DO EXMO. DESEMBARGADOR:

01 – O tratamento é eficaz e recomendado para o paciente em questão? **R.:** Buscando a preservação da autonomia residual, o autor requer a manutenção da assistência multidisciplinar, podendo a mesma ser realizada através do atendimento domiciliar principalmente para a reabilitação fisioterápica, e atendimento ambulatorial para as demais especialidades.

02 – O tratamento é considerado de urgência? **R.:** Não, é tratamento sequencial, complementar eletivo.

2.1 – O tratamento é emergencial? **R.:** Não.

2.2 – O tratamento é eletivo? **R.:** Sim.

03 – A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde do paciente? **R.:** A demora/interrupção da continuidade da assistência ao autor tem potencial de agravar as sequelas, e debilidades funcionais do mesmo.

04 – Existem outros tratamentos ou alternativas consideradas eficazes para a paciente? **R.: Buscando a preservação da autonomia residual, o autor requer a manutenção da assistência multidisciplinar, podendo a mesma ser realizada através do atendimento domiciliar principalmente para a reabilitação fisioterápica, e atendimento ambulatorial para as demais especialidades.**

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com sequelas decorrentes de retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, provavelmente secundário à encefalopatia hipóxica perinatal com, déficit cognitivo, marcha claudicante (sequela motora em dimídio direito), e epilepsia.

Consta na cópia do sumário de alta datado de 22/04/2019, que em 24/03/2019 o autor foi internado devido à ocorrência de 08 episódios de crises convulsivas, como consequência da má adesão aos anticonvulsivantes em domicílio. Durante a internação, o mesmo evoluiu com quadro de pneumonia aspirativa, e choque séptico pulmonar. Foi durante a internação submetido à realização de traqueostomia por falhas na extubação, sendo solicitada avaliação da fonoaudiologia para programação de decanulação precoce.

Na ocasião foi também optado pela realização de gastrostomia, devido à ocorrência de sinusopatia associada ao uso da sonda nasoentérica e impossibilidade de dieta por via oral naquele momento, com programação de retirada da gastrostomia, tão logo o paciente recuperasse a capacidade de alimentação por via oral.

Em 22/05/2019 consta admissão do autor em plantão diurno, com queixa de tosse intensa com secreção amarela, e lipotimia com perda de consciência. O paciente foi submetido a propedêutica e liberado em 23/05/2019 para intervenção específica domiciliar, com hipótese diagnóstica de infecção urinária e prescrição de antibioticoterapia endovenosa de 12 em 12 horas, durante 07 dias (23 a 30/05/2019).

Em 16/06/2019 o autor foi novamente internado, devido à traqueite aguda (hemoptise e secreção fétida durante sessão de fisioterapia). Recebeu alta médica hospitalar em 29/06/2019, com orientação para manter acompanhamento clínico ambulatorial e reabilitação pela atenção domiciliar. Consta a informação de que até a internação de março/2019, o paciente era independente para as atividades básicas da vida diária (higiene pessoal, alimentação, vestuário, marcha claudicante sem apoio).

Consta cópia de atendimento do autor em pronto socorro no dia 12/07/2019 devido a hemoptise. Na ocasião foi feita limpeza da cânula endotraqueal, micronebulização e encaminhamento ao médico da atenção domiciliar da UNIMED, com sugestão de seguimento ambulatorial com a cirurgia torácica.

Exame de videodeglutograma realizado em 02/09/2020 evidenciou penetração laríngea, seguida de aspiração laringotraqueal de conteúdo de estase faríngea, após a deglutição, em todas as consistências, no ato do exame.

Consta cópia de sumário de alta datado de 20/08/2021, que o autor foi submetido a procedimento cirúrgico para correção de fístula traqueocutânea, recebendo alta no dia seguinte, e revisão ambulatorial em 15 dias.

Consta em relatório médico datado de 20/09/2021 a informação de que havia sido retirada a traqueostomia do autor, que permanecia com dieta pela gastrostomia, e que o mesmo estava em reabilitação com a fisioterapia e fonoaudiologia, necessitando de acompanhamento constante, por encontrar-se naquele momento, totalmente dependente de terceiros para as atividades básicas da vida diária.

Consta no relatório da fisioterapia datado de 18/03/2022, a informação de que o autor era parcialmente independente até a internação de março/2019, e que ao exame realizado naquele dia encontrava-se totalmente dependente de terceiros, hemiparético a direita (paralisia parcial / redução de força do lado direito do corpo), com ortostatismo com apoio de terceiros e auxílio nas transferências, com locomoção através de cadeira de rodas.

Sendo sugerido pela fisioterapeuta da atenção domiciliar da UNIMED, acompanhamento fisioterápico 02 vezes por semana. Consta em relatório de alta médica datado de 29/06/2019, que o autor voltou a deambular com apoio após as últimas sessões de fisioterapia.

Consta relatório da fonoaudiologia datado de 21/03/2022, a informação de que o autor havia sido avaliado pela fonoaudióloga em 09/12/2021, quando a via oral foi completamente contra indicada, e que na reavaliação naquela data, o autor mantinha grandes riscos de broncoaspiração devido ao déficit cognitivo, devendo manter-se suspensa a via oral devido a disfagia grave, e que o autor não se beneficiaria de terapia fonoaudiológica.

Consta relatório nutricional datado de 18/03/2022 a informação de que após período de reabilitação no domicílio, o autor reiniciou alimentação por via oral em pequenas quantidades e novamente cursou com pneumonia por aspiração, sendo então mantida exclusivamente a gastrostomia para a alimentação atual. Há ainda a informação de perda ponderal devido à internação recente por síndrome respiratória por Covid-19, sendo indicada a manutenção de dieta habitual, e suplementação proteica 30 g/dia, e sugestão de acompanhamento nutricional bimestral.

Conforme a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 - ANVISA, temos os conceitos abaixo:

- 1) **Atenção Domiciliar:** termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
- 2) **Cuidador:** pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- 3) **Assistência domiciliar:** conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- 4) **Internação Domiciliar:** conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

O quadro de adoecimento apresentado pelo autor vem requerendo

desde 2019, diversas intervenções multidisciplinares em regime de internação hospitalar, internação domiciliar e assistência domiciliar. No momento, verifica-se que o autor alcançou relativa estabilização.

Considerando os diversos fatores envolvidos, sequelas neuromotoras desde a infância, deficit cognitivo, epilepsia, internações com necessidade de realização de gastrotomia, idade de 62 anos, entre outros fatores que se somam, houve declínio da capacidade funcional do paciente, com redução da independência para o exercício das atividades básicas da vida diária.

Considerando os elementos técnicos apresentados, é possível afirmar que no momento o autor alcançou relativa estabilização, mas ainda requer a manutenção de cuidados assistências eletivos realizados por profissionais de saúde especializados nas áreas de fisioterapia, nutricionista, e fonoaudiológico, e medicina. Tais cuidados assistenciais podem efetivamente serem realizados através de assistência/atendimento domiciliar programado (fisioterapia), visita domiciliar (nutricionista), e ainda atendimento/consulta ambulatorial através da rede de assistência da UNIMED para as demais especialidades.

No momento, não foram identificados elementos técnicos indicativos de necessidade de assistência/intervenção sob regime de internação domiciliar ou hospitalar. O atendimento sob regime de internação fica reservado para os períodos de agudização, em que a gravidade exige cuidados “mais intensivos” sob regime de internação, quer hospitalar ou domiciliar.

Especificamente em relação a reabilitação fisioterápica, considerando a dificuldade de locomoção residual, e a frequência do acompanhamento fisioterápico 2 vezes por semana, indicado pela fisioterapeuta da atenção domiciliar da UNIMED. A assistência na modalidade de assistência/atendimento domiciliar é preferível, e se justifica para o caso concreto. A assistência/atendimento eletivo nas demais especialidades médica, fonoaudióloga e nutricional, por requerem uma frequência menor, são compatíveis com a realização de visita domiciliar e/ou atendimentos eletivos na rede ambulatorial da UNIMED.

Considerando a redução global da capacidade funcional, com a respectiva perda de independência do autor, e a necessidade do auxílio de terceiros para o exercício das atividades básicas da vida diária (higiene pessoal, alimentação, medicação, vestuário, locomoção e transferências, etc). Tal auxílio é habitualmente realizado por um familiar e/ou um cuidador contratado pela família. Esse auxílio não requer a presença/execução por profissional de saúde especializado.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.
- 2) Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019, ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar).
- 3) Resolução CFM nº 1.668 de 07/05/2003. *Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência.*
- 4) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.
- 5) Judicialização do Home Care no Mercado de Saúde Suplementar. ISSN 2179-5568 – Revista Especialize On-line IPOG - Goiânia - Ano 9, Edição nº 16 Vol. 01 Dezembro/2018.
- 6) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013

V – DATA:

12/05/2022

NATJUS – TJMG