

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: Exmo. Desembargador Dr. Rui de Almeida Magalhães

PROCESSO Nº.: 10000222630782001

CÂMARA/VARA: 11ª Câmara Cível

COMARCA: 2ª Instância

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: CPDLA

IDADE: 65 anos

DOENÇA(S) INFORMADA(S): I 69.4, E 11, I 10

PEDIDO DA AÇÃO: Prestação de assistência de reabilitação domiciliar contínua por tempo indeterminado, e fornecimento de insumos para a realização da referida assistência

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação de assistência domiciliar em reabilitação, para ganho funcional e melhoria da qualidade de vida e independência

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 50725

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0003430

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

01 – O tratamento é eficaz e recomendado para a paciente em questão? **R.: Sim, considerando o quadro descrito na documentação apresentada.**

02 – O tratamento é considerado de urgência? **R.: Não, considerando a Resolução nº 1.451/95 do CFM. No entanto, é importante que a continuidade da assistência ocorra com a necessária brevidade, a fim de possibilitar a melhor evolução possível, e preservar os ganhos anteriormente adquiridos, com a reabilitação que fora iniciada e interrompida.**

2.1 – O tratamento é emergencial? **R.: Não, considerando a Resolução nº 1.451/95 do CFM. No entanto, é importante que a continuidade da assistência ocorra com a necessária brevidade, a fim de possibilitar a melhor evolução possível, e preservar os ganhos anteriormente**

adquiridos, com a reabilitação que fora iniciada e interrompida.

2.2 – O tratamento é eletivo? R.: A paciente tem indicação de continuidade da assistência de reabilitação domiciliar, sendo ela necessária e compatível com a modalidade de assistência domiciliar: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio. Resolução RDC (ANVISA) nº 11 de 26/01/2006.

03 – A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde da paciente? R.: Poderá contribuir para piora do quadro apresentado pela paciente, e para a perda da melhora relatada, que havia sido alcançada.

04 – Existem outros tratamentos ou alternativas consideradas eficazes para a paciente? R.: O quadro clínico apresentado pela paciente, requer a continuidade da assistência de reabilitação domiciliar. Devido a baixa mobilidade, a modalidade de assistência domiciliar é preferível no momento. Poderá ser reavaliada no futuro, a depender da resposta funcional adquirida pela paciente.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatório da neurocirurgia, paciente foi admitida em 25/08/2020 na unidade de atendimento da avenida do Contorno nº 3097, com quadro de cefaleia, vômitos e disartria. Foi submetida à propedêutica, exame de ressonância magnética, que revelou acidente vascular isquêmico cerebelar bilateral, acometendo tronco cerebral, sem hidrocefalia.

Conforme relatório de alta do hospital Paulo de Tarso – hospital de transição, a paciente foi admitida com diagnóstico de sequelas de acidente vascular cerebral e esteve internada no referido hospital no período de 23/10/2020 a 24/12/2020 para realização de cuidados em reabilitação motora e funcional, com objetivo de tentativa de ganhos funcionais. Recebeu alta para o domicílio em condição melhorada.

Consta que a paciente possui história de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus insulino dependente, epilepsia, a qual sofreu acidente

vascular inicialmente isquêmico, que evoluiu com posterior transformação hemorrágica e hipertensão intracraniana. Foi submetida à craniectomia descompressiva em 26/08/2020, evoluiu com complicações e necessitou de internação prolongada com passagem por CTI.

Consta que a paciente evoluiu com sequelas motoras e neuro cognitivas: déficit cognitivo grave, hemiparesia, disartria, foi traqueostomizada, com dieta através de gastrostomia, deambula com auxílio de terceiros. Parcialmente dependente de terceiros para atividades básicas da vida diária, e que estava sendo acompanhada pela equipe de atenção domiciliar especialmente pela fonoaudiologia e fisioterapia, para reabilitação motora e funcional.

Consta ainda no relatório médico de judicialização datado de 05/11/2021, que o acompanhamento/assistência da atenção domiciliar da saúde suplementar foi suspenso, e que houve piora clínica, com regressão do ganho de força, movimento e funcionalidade. Devido a baixa mobilidade da paciente, foi indicada continuidade da assistência domiciliar de fisioterapia com no mínimo 03 sessões/semana, e fonoaudiologia 02 sessões/semana, por tempo indeterminado, a depender da resposta funcional da paciente.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 - ANVISA, estabelece, entre outras, as seguintes definições:

- 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.
- 5) **Plano de Atenção Domiciliar – PAD**: documento que contempla um

conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e/ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

6) **Serviço de Atenção Domiciliar - SAD:** instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

O Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS, diz que para fins deste Parecer, o termo Home Care refere-se aos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, regulamentados pela Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, diz que a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) deve elaborar o plano de atenção domiciliar (PAD). Diz também que o SAD conforme definido no PAD deve prover os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

Conforme a documentação apresentada e a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, a condição clínica descrita para a paciente requer a continuidade da assistência de reabilitação, sendo necessária e compatível com a prestação do serviço na modalidade de assistência domiciliar.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.*
- 2) Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021, ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar).
- 3) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.
- 4) 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.

5) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013

6) Resolução nº 474, de 20 de dezembro de 2016. Normatiza a atuação da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar/Home Care.

7) Resolução nº 644 de 11/12/2021, Conselho Federal de Fonoaudiologia. *“Dispõe sobre a atuação fonoaudiológica em home care e dá outras providências”.*

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=427304>

8) Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. Revista Bioética 2009 17 (1): 41 – 53. CFM.

[https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82#:~:text=Na%20defini%C3%A7%C3%A3o%20do%20CFM%2C%20a,uma%20condi%C3%A7%C3%A3o%20anterior%20\(imersa\)%20para](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/78/82#:~:text=Na%20defini%C3%A7%C3%A3o%20do%20CFM%2C%20a,uma%20condi%C3%A7%C3%A3o%20anterior%20(imersa)%20para)

9) CNJ Serviço: qual é a diferença entre urgência e emergência médicas? 16/09/2019.

<https://www.cnj.jus.br/cnj-servico-qual-e-a-diferenca-entre-urgencia-e-emergencia-medicas/>

10) Resolução CFM nº 1.451 de 1995.

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/1995/1451>

V – DATA:

08/02/2023

NATJUS – TJMG