

I - Informações sobre a enfermidade ou problema de saúde, por meio de apresentação da linha terapêutica padronizada no Sistema Único de Saúde (SUS) para patologia correspondente à Classificação Internacional de Doença (CID) que acomete o requerente da ação judicial;

Segundo laudo médico, o requerente conta atualmente com 33 anos de idade. Segundo documentos especializados acostados, apresenta sequelas motoras de Acidente Vascular Cerebral, diagnósticos múltiplos (CID10 – I64, I10; E11), importante comprometimento motor, preservando pouca autonomia e independência. Solicita atendimentos multiprofissionais domiciliares: fisioterapia motora domiciliar 3x/semana; fonoaudiologia domiciliar 3x/semana; e terapia ocupacional domiciliar 3x/semana.

A maior parte das **doenças cerebrovasculares** são secundárias a aterosclerose, hipertensão arterial ou uma combinação de ambas. Os principais tipos específicos de doença cerebrovasculares são a insuficiência cerebral, devido a distúrbio transitório do fluxo sanguíneo, ou raramente a encefalopatia hipertensiva; o infarto, devido a embolia ou trombose de artérias intra ou extracranianas; hemorragia, incluindo hemorragia parenquimatosa hipertensiva e subaracnóidea devido a aneurisma congênito; e malformação arteriovenosa, que pode causar sintomas de uma lesão tumoral, infarto ou hemorragia.

Os sintomas e sinais em doença cerebrovascular refletem uma área lesada do cérebro e não necessariamente a artéria especificamente afetada. Oclusão (por exemplo, da artéria carótida interna ou cerebral média) pode produzir uma anormalidade neurológica clínica similar. Entretanto, lesões cerebrovasculares seguem, geralmente, padrões regulares específicos de suprimento arterial; um conhecimento desses distúrbios é importante para diferenciar o acidente vascular cerebral de outras lesões cerebrais que ocasionalmente produzem sintomas agudos.

Uma história clínica acurada, incluindo o início e a duração dos sintomas e a identificação dos fatores de risco de acidente vascular cerebral é a chave para diagnosticar as lesões cerebrovasculares. O acidente vascular cerebral hemorrágico tem um início agudo mais catastrófico, embora ambos tendam a um desenvolvimento abrupto. A TC ou IRM cerebrais podem distinguir entre acidentes vasculares cerebrais isquêmicos e hemorrágicos, auxiliando assim nas decisões de tratamentos urgentes.

II - Tratamentos realizados e alternativas de tratamentos possíveis;

Drogas antiplaquetárias ou anticoagulantes são utilizados nas **doenças cerebrovasculares** quando a obstrução é intracraniana ou vertebro basilar ou quando ambas as artérias vertebrais e carótidas são afetadas, providenciando-se para que o paciente não esteja hipertenso. A heparina é utilizada agudamente para ataques diários, recentes. Um derivado do varfarina pode ser utilizado em ataques menos frequentes. A duração da terapia anticoagulante é empírica. A maioria dos especialistas continua o uso do anticoagulante por 2 a 3 meses antes de uma tentativa sem terapia. Para pacientes com AIT ocasionais, secundários a aterosclerose, a maioria dos especialistas atualmente tenta uma terapia à base de ácido acetilsalicílico antes de iniciar o anticoagulante. A menos que sejam especificamente contraindicadas, drogas que inibem a agregação de plaquetas devem ser mantidas indefinidamente.

A anastomose cirúrgica ou desvio entre a artéria carótida externa e a artéria cerebral média geralmente não é benéfico. Porém, um “by-pass” pode beneficiar a pacientes selecionados que necessitem uma imediata oclusão carotídea, ou que se apresentem com esta oclusão, com uma circulação colateral inadequada e sintomatologia ativa, não obstante o uso de anticoagulantes.

Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Recomendações para uso de antiagregantes plaquetários na prevenção secundária do acidente vascular cerebral e ataque isquêmico transitório.

Classe de recomendação	Indicações	Nível de evidências
I	AAS (81-300mg/dia) para prevenção secundária em pacientes com AVC isquêmico ou AIT	A
I	Clopidogrel (75mg/dia) para prevenção secundária em pacientes com AVC isquêmico ou AIT, ou como alternativa quando há contra-indicação para AAS	B
IIa	Ticlopidina (250mg 2x/dia) para prevenção secundária em pacientes com AVC isquêmico ou AIT, ou como alternativa quando há contra-indicação para AAS	B
IIb	Cilostazol (100mg 2x/dia) para prevenção secundária em pacientes com AVC isquêmico ou AIT	B
III	AAS mais clopidogrel para prevenção secundária em pacientes com AVC isquêmico ou AIT	A
III	Inibidores da GP IIb/IIIa para prevenção secundária em pacientes com AVC isquêmico ou AIT	B

Recomendações para o uso de anticoagulantes em pacientes após acidente vascular cerebral isquêmico ou ataque isquêmico transitório não cardioembólico.

Classe de recomendação	Indicação	Nível de evidências
IIb	Retorno à anticoagulação após 10 a 30 semanas de um evento cerebral hemorrágico	B
III	Varfarina em pacientes após AVC isquêmico ou AIT não cardioembólico	A
III	Heparina não fracionada em pacientes após AVC isquêmico ou AIT não cardioembólico	A
III	HBPM em pacientes após AVC isquêmico ou AIT não cardioembólico	B

A **Assistência Domiciliar (AD)** é o cuidado que o paciente recebe da equipe multiprofissional em domicílio, essa modalidade também é conhecida como Home Care e está sendo cada vez mais utilizada pela sociedade devido aos inúmeros benefícios proporcionados como, por exemplo: atendimento humanizado para com o paciente, maior conforto e privacidade para o paciente, diminuição do índice de infecção hospitalar, maior disponibilidade de leitos hospitalares; tranquilidade do paciente em estar em ambiente familiar e perto das pessoas que ama, entre tantos outros.

Segundo Mendes, “assistência domiciliar à saúde é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional”, ou seja, qualquer pessoa, independentemente da idade, pode necessitar da AD podendo ser idosos, crianças ou indivíduos de

meia idade que possuam sequelas de patologias ou acidentes traumáticos, no qual a capacidade funcional foi reduzida, podendo ainda ser executada em qualquer ambiente fora do hospital desde que as exigências sejam atendidas garantindo a segurança do paciente.

O principal objetivo da AD é visar o bem-estar do paciente e a melhora rápida e significativa do quadro de saúde do mesmo, sendo de suma importância ao enfermeiro desenvolver ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

Para a execução da assistência domiciliar é importante considerar os níveis de complexidade, que são divididos em três. Neles deve-se avaliar a incapacidade funcional e as necessidades do paciente segundo a doença apresentada, e definir o grau de complexidade do mesmo, no qual pode ser elencado em baixa complexidade: visita domiciliar; média Complexidade: assistência domiciliar; e alta complexidade: internação domiciliar.

Independente do grau de complexidade em que o paciente se encaixa é importante que o atendimento seja executado de forma holística, avaliando-o como um todo e também de forma humanizada respeitando, além dele, seus familiares e o seu domicílio.

A estrutura da assistência domiciliar engloba um conjunto de componentes que inicia no hospital ou clínica e estende-se no domicílio paciente, família, cuidador, e equipe multiprofissional onde cada local ou indivíduo desempenha uma função vital para que aconteça a assistência domiciliar de forma adequada e eficaz.

O primeiro componente é o hospital onde o médico realiza a avaliação do paciente e, juntamente com o enfermeiro, realiza a prestação dos cuidados necessários. Cabe ao profissional médico decidir pela alta hospitalar após cura do mesmo, ou indicar a assistência domiciliar para o paciente, a AD traz benefícios também para o hospital, pois é devido a indicação desse tratamento que é disponibilizado leitos hospitalares, reduzindo custos com o paciente.

O segundo componente é a residência ou lar em que o paciente reside, podendo ser em casa própria ou casas de apoio, no entanto existem as exigências solicitadas para a execução da AD, pois o local deve ser adequado para guardar equipamentos, no caso da internação domiciliar, guardar medicações, e oferecer segurança tanto para o paciente quanto para os profissionais que vão executar os serviços da assistência domiciliar.

O terceiro componente é paciente que possui inúmeras necessidades a serem sanadas pela equipe multiprofissional, uma vez que em muitos casos grande parte do estado físico está comprometido, o que exige cuidados complexos. Outro aspecto relevante é o psicológico do paciente, que geralmente está em conflito, tornando-se de suma importância desenvolver uma relação interpessoal com ele, ganhando sua confiança e o ajudando a enfrentar seus medos, o que pode proporcionar uma melhora mais rápida do seu quadro clínico.

O quarto fator abordado é a família, que segundo Silva et al. deve dar suporte emocional, lazer e encorajar o paciente a aderir ao tratamento, sendo vista como porto seguro do paciente, auxiliando-o nas tomadas de decisões.

O quinto componente é o cuidador que é obrigatório em casos de internação domiciliar, o mesmo pode ser um familiar ou uma pessoa contratada para executar as tarefas simples com o paciente, como por exemplo: higienização, passear com o paciente, administrar medicação, etc.

O sexto componente é a equipe multiprofissional que é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos entre outros. A participação ativa desses profissionais é de suma importância para recuperação do paciente, contudo somente após o avaliação e classificação do paciente é possível decidir o nível de complexidade mais adequado, e designar os profissionais que devem atendê-lo. É imprescindível que a equipe multiprofissional possua uma relação interpessoal para melhor tratamento do cliente, sendo, também, comprometidos com a ética, almejando sempre o bem-estar do paciente.

A capacidade funcional consiste na habilidade e competência do ser humano para a realização de atividades diárias básicas que são essenciais para nossa vida, sem precisar da ajuda de terceiros, atividades essas que podem variar desde a higienização pessoal, até a preparação e ingestão de alimentos e limpeza do ambiente em que vive, entre outros.

Ao longo do processo natural do envelhecimento em nossas vidas, essas capacidades vão

sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas, mas conforme os anos vão passando as mesmas vão sendo gradativamente reduzidas, recebendo o nome de incapacidade funcional quando não conseguimos mais desempenhar essas atividades básicas sozinhos, necessitando, assim, da ajuda de outra pessoa.

A capacidade funcional, em bom estado, pode estar diretamente relacionada ao estado de saúde do paciente. Uma pessoa saudável consegue manter suas habilidades físicas e mentais por mais tempo, assim como pessoas que apresentam patologias podem perder um pouco de sua autonomia.

A internação domiciliar trata-se do atendimento em saúde de alta complexidade, nesse nível de cuidado é imprescindível que o paciente esteja sob o acompanhamento não só do enfermeiro como também da equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de enfermagem, terapeutas e quaisquer outros profissionais que forem necessários para o acompanhamento do caso.

Diversos cuidados domiciliares podem ser prestados por familiares e cuidadores, após capacitação destes por profissionais de saúde, para execução de cuidados e uso de alguns equipamentos.

III - Informações sobre o (s) medicamento (s), exame(s) ou procedimento(s) solicitado(s), especialmente sua indicação terapêutica, dosagem, eficácia, se tem caráter experimental, efeitos adversos e imprescindibilidade no tratamento da patologia e se é a única opção;

A **Terapia Ocupacional (TO)** é uma profissão da área da saúde, com inserção nas áreas de reabilitação física e neurologia, mais conhecida como saúde funcional; educação; saúde mental e contexto social, cujo foco principal é a atividade humana. Busca a promoção da saúde, desenvolvimento/tratamento ou reabilitação de pessoas de qualquer idade que tenham o seu desempenho e/ou convivência afetados por problemas motores, cognitivos, emocionais e de inserção social.

Um dos pilares da profissão é a utilização das diferentes propriedades presentes nas atividades humanas como recurso terapêutico para desenvolver, restaurar ou ampliar as capacidades funcionais das pessoas. O objetivo de sua ação é encontrar meios para que as pessoas alcancem sua autonomia, independência e utilizem ao máximo suas potencialidades.

Para alcançar esses objetivos, muitas vezes o terapeuta ocupacional promove a adaptação de utensílios e de mobiliário, mudanças no ambiente doméstico e/ou de trabalho, treinamento funcional, treinamento das atividades da vida diária, orientação a cuidadores familiares e a prescrição e confecção de órteses.

No conjunto de ações da Terapia Ocupacional, estão ações de prevenção, promoção e reabilitação, com enfoque biopsicossocial. O mercado de trabalho dos terapeutas ocupacionais é amplo e com crescimento constante da oferta de emprego nas diferentes áreas de atuação.

A **fisioterapia** como associação de procedimentos utilizados para tratar e prevenir diversos tipos de lesões e doenças no corpo humano, é extremamente importante em todas as fases da vida humana, tanto na prevenção como no tratamento de problemas de saúde. Ela pode ser realizada em clínicas ou consultórios especializados ou no domicílio do paciente, com toda a comodidade e facilidade. Um dos ramos mais procurados dessa especialidade é a fisioterapia motora, também chamada de fisioterapia traumato-ortopédica.

As técnicas aplicadas nas sessões fisioterápicas motoras são variadas, sendo combinadas e aplicadas conforme a necessidade específica de cada paciente, levando em consideração a sua idade, o tipo de lesão, a evolução da doença ou disfunção, entre outros aspectos.

A fisioterapia motora domiciliar é utilizada tanto para prevenir quanto para tratar problemas dos músculos, ossos, articulações e tendões do corpo, sobretudo em casos de fraturas, cirurgias e patologias específicas. As principais vantagens dessa especialidade são a recuperação da função motora e o alívio das dores comuns a diversos quadros médicos relacionados.

Na prevenção, o fisioterapeuta identifica e corrige problemas posturais, musculares e ósseos que podem ocasionar lesões futuras graves. No tratamento, diversas doenças são englobadas, principalmente as lesões por esforço repetitivo (LER/DORT), hérnias de disco, tendinites,

recuperação pós fraturas e cirurgias ortopédicas, problemas posturais e de ligamentos, disfunções neuromotoras, entre tantas outras. Tais tratamentos promovem a substancial melhora da qualidade de vida do paciente.

As técnicas utilizadas para a fisioterapia são combinadas entre si e adequadas conforme a necessidade individual do paciente. Entre as principais, estão a massagem, os exercícios específicos, tratamentos com água em temperaturas alternadas e também com aparelhos próprios.

O **fonoaudiólogo** é um profissional de Saúde, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua de forma autônoma e independente nos setores público e privado. É responsável pela promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da função auditiva periférica e central, da função vestibular, da linguagem oral e escrita, da voz, da fluência, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição. Exerce também atividades de ensino, pesquisa e administrativas.

IV - Tratando-se de medicamento deverá referir-se também a classe medicamentosa do fármaco e seu registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

Não se aplica.

V - Se há risco iminente à vida do paciente;

Não há dados clínicos que indiquem risco iminente à vida do paciente.

VI - Se o paciente está sendo atendido pela rede pública de saúde local ou se a procurou anteriormente;

O paciente está sendo atendido pela rede pública de saúde.

VII - Se o pedido do autor é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em qualquer esfera, considerando especialmente, no caso de fármacos, os Programas de Medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus Protocolos Clínicos e a eficácia dos remédios disponibilizados na rede pública;

Os atendimentos multiprofissionais solicitados são disponibilizados pela Rede Pública de Saúde, por profissionais lotados na Rede de Atenção Básica do Município (UBS – Unidade Básica de Saúde e UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família), através de visitas domiciliares preconizadas e também pela equipe de Serviço de Atendimento Domiciliar do Município.

VIII - Indicar, quando possível, qual o ente público responsável pelo atendimento do paciente, segundo as normas do Sistema Único de Saúde (SUS);

O Município de Campo Grande - MS é responsável pelo atendimento.

IX - Sugerir medicamentos ou tratamentos similares ao requerido, preferencialmente existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) obrigatoriamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de comprovada e equiparada eficiência ao requisitado judicialmente, com a mesma comodidade de uso e comparação de custo orçamentário;

Não se aplica.

X - Em caso de pedido de medicamento genérico, observar se a prescrição utilizou-se da legislação vigente e se existe possibilidade de substituição;

Não se aplica.

XI - Conclusão favorável ou desfavorável ao pedido.

Considerando que o paciente está sendo atendido pelo SUS;

Considerando Lei Orgânica da Saúde N. 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 2º, § 2º -

O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade;

Considerando Lei Orgânica da Saúde N. 8.080, de 19 de setembro de 1990, capítulo II dos Princípios e Diretrizes do SUS, artigo 7º, IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Considerando Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas;

Considerando artigo 17 da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 que define as Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar (EMAD) – Médicos, Enfermeiros, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Fisioterapeutas ou Assistentes Sociais e Equipes Multiprofissionais de Apoio (mínimo de 03 profissionais) - assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional;

Considerando Seção II, artigo 26, incisos I e II da Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013 que prevê que **o usuário não será incluído no SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar) se houver: necessidade de monitorização contínua e necessidade de assistência contínua de enfermagem;**

Considerando que os atendimentos multiprofissionais solicitados são disponibilizados pela Rede Pública de Saúde, por profissionais lotados na Rede de Atenção Básica do Município (UBS – Unidade Básica de Saúde e UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família) e Serviço de Atenção Domiciliar – SAD, através de visitas domiciliares preconizadas;

Em face ao exposto, este Núcleo de Apoio Técnico é favorável ao pedido de atendimento multiprofissional domiciliar: terapia ocupacional, fonoaudiólogo e fisioterapeuta - na frequência a ser determinada pela equipe de SAD do Município.