



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 1332/2019

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2019.

Processo nº 5070817-68.2019.4.02.5101,
ajuizado por [REDACTED], neste
ato representada por [REDACTED]

O presente parecer técnico visa atender à solicitação de informações técnicas do 1º **Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro**, da seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao tratamento de **fisioterapia respiratória**.

I – RELATÓRIO

1. Para elaboração do presente Parecer Técnico foram considerados os documentos médicos mais recentes, com informações pertinentes ao pleito, e com identificação do profissional médico emissor.
2. De acordo com formulário médico da defensoria Pública da União no Rio de Janeiro (Evento 1, INF8, Páginas 2 a 5), emitido em 13 de agosto de 2019, pelo médico [REDACTED] a Autora é portadora de **encefalopatia crônica não progressiva, doença pulmonar crônica, paralisia das cordas vocais e distúrbios da deglutição**, fazendo uso das medicações Salbutamol, Clobazan, Topiramato, Baclofeno, Carbonato de cálcio, Vitamina D, Ranitidina, Simeticona e Budesonida, sendo neuropata crônica, em uso de ventilação mecânica, apresentando esforço respiratório devido ao quadro de broncodisplasia pulmonar, resultando em aumento dos parâmetros da mesma, necessitando do aumento da frequência de sessões de **fisioterapia respiratória** de uma para duas vezes ao dia para redução destes parâmetros e melhora dos episódios de broncoespasmo. Foram citadas as seguintes Classificações Internacionais de Doenças (CID 10): **G93 – Outros transtornos do encéfalo; J44 – Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas; J38 – Doenças das cordas vocais e da laringe não especificadas em outra parte e R63 – Sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e líquidos.**

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.
2. A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
3. A Deliberação CIB-RJ nº 1273, de 15 de abril de 2011, aprova a Rede de Reabilitação Física do Estado do Rio de Janeiro.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

4. A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, alterada pela Portaria GM N. 3.362, de 8 de dezembro de 2017, a qual inclui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim resolve:

Art. 535º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Art. 536º. A Atenção Domiciliar (AD) será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

Art. 544 Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

I - necessidade de monitorização contínua;

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em seqüência, com urgência;

IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

DO QUADRO CLÍNICO

1. A **Paralisia Cerebral (PC)**, também denominada **Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância**¹, é definida como um grupo heterogêneo e não bem delimitado de síndromes neurológicas residuais, causadas por lesões não-proGRESSIVAS do encéfalo imaturo, manifestando-se basicamente por alterações motoras, com padrões anormais de postura e de movimento, podendo apresentar distúrbios associados mentais, sensoriais e de comunicação². O tratamento da PC é paliativo, visto que não se pode agir sobre uma lesão já superada e cicatricial, e baseia-se em medicamentos, cirurgias ortopédicas (de deformidades e para estabilização articular) e em programas de reabilitação, nos quais a fisioterapia está inserida, com o objetivo de reduzir a

¹ CARGNIN, A. P. M.; MAZZITELLI, C. Proposta de tratamento fisioterapêutico para crianças portadoras de paralisia cerebral espástica, com ênfase nas alterações musculoesqueléticas. Revista de Neurociências, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 34-9, 2003. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2003/RN%2011%2001/Pages%20from%20RN%2011%2001-5.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2019.

² GOMES, C. et al. Paralisia Cerebral. In: LIANZA, S. Medicina de Reabilitação. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. Acesso em: 30 dez. 2019.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

incapacidade e otimizar a função³. No que tange à etiologia, incluem-se os fatores pré-natais; fatores perinatais; e fatores pós-natais. Os sinais clínicos da paralisia cerebral envolvem as alterações de tônus e presença de movimentos atípicos e a distribuição topográfica do comprometimento. A severidade dos comprometimentos da paralisia cerebral está associada com as limitações das atividades e com a presença de comorbidades⁴.

2. **A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)** caracteriza-se por sinais e sintomas respiratórios associados à obstrução crônica das vias aéreas inferiores, geralmente em decorrência de exposição inalatória prolongada a material particulado ou gases irritantes. O substrato fisiopatológico da DPOC envolve bronquite crônica e enfisema pulmonar, os quais geralmente ocorrem de forma simultânea, com variáveis graus de comprometimento relativo num mesmo indivíduo. Os principais sinais e sintomas são tosse, dispneia, sibilância e expectoração crônica. A DPOC está associada a um quadro inflamatório sistêmico, com manifestações como perda de peso e redução da massa muscular nas fases mais avançadas. Quanto à gravidade, a DPOC é classificada em: estágio I – Leve; estágio II – Moderada; estágio III – Grave e estágio IV – Muito Grave⁵. A classificação da DPOC pelos estágios A, B, C ou D tem sido amplamente utilizada, pois além de auxiliar na opção terapêutica, avalia o impacto da doença para o paciente e os riscos de futuras exacerbações. Cada estágio é caracterizado pela combinação de três parâmetros: espirométrico, sintomas e risco de exacerbação/internação. O Grupo C representa: alto risco, pouco sintomático; paciente no Estádio GOLD 3 ou 4 (grave ou muito grave limitação do fluxo de ar) e/ou Mais que ⁶duas exacerbações por ano OU hospitalizações por exacerbação; escala de dispneia mMRC grau 0 ou 1 ou CAT menor que 10⁷.

3. **A displasia broncopulmonar (DBP)** tem sido descrita como a maior causa de doença pulmonar crônica em lactentes. A doença foi descrita por Northway, em 1967, em prematuros que receberam suporte ventilatório nos primeiros dias de vida e evoluíram com insuficiência respiratória e dependência de oxigênio. Atualmente, foi substituída por quadros mais leves em prematuros com desconforto respiratório ao nascimento, mantidos em suporte ventilatório cuidadoso e pequenas frações inspiradas de oxigênio (3). A nova DBP é caracterizada pela interrupção do crescimento do parênquima, vias aéreas e vasos. A DBP representa o extremo do espectro do dano pulmonar induzido pela prematuridade e pelos eventos ante e pós-natais. Os mecanismos fisiopatológicos e os diferentes padrões de remodelamento pulmonar no pulmão imaturo são objeto de pesquisas recentes. A interrupção da angiogênese pulmonar parece ter uma função determinante no desenvolvimento da DBP e da hipertensão pulmonar nos casos graves.⁶

4. **A paralisia das cordas vocais**, uni ou bilateral, é uma condição patológica com grande impacto na vida do doente, interferindo na função fonatória, ventilatória e na deglutição. Pode ter uma etiologia muito variável, seja iatrogênica, traumática, neoplásica, por patologia sistêmica ou

³ LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. Revista de Neurociências, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 41-5, 2004. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2004/RN%2012%2001/Pages%20from%20RN%2012%2001-7.pdf>>. Acesso em: 30 dez. 2019.

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <https://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_70.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2019.

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 609, 06 de junho de 2013 (Retificado em 15 de junho de 2013 e 10 de junho de 2014). Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/ANEXO/anexo_prt0609_06_06_2013.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2019. Acesso em 30 dez 2019.

⁶ Costa P. F. B. M. Displasia Broncopulmonar. Pulmao RJ 2013;22(3):37-42; Disponível em: http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2013/n_03/09.pdf. Acesso em 30 dez 2019.

⁷ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS. Resumos Clínicos - Pulmonar Obstrutiva Crônica. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/tsrs/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/pneumologia_resumo_DPOC_20160321.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2019.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

idiopática. O objetivo do tratamento, cirúrgico ou conservador, é minimizar o efeito deletério na qualidade de vida do doente, assumindo um compromisso entre ventilação e fonação, nem sempre satisfatório para o doente. É um quadro clínico habitualmente grave, potencialmente emergente, manifestando-se geralmente por dispnéia e com atingimento variável da função fonatória e da **deglutição**.⁸

DO PLEITO

1. De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), a **fisioterapia** é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. O fisioterapeuta é o profissional de saúde, devidamente registrado em seu Conselho Regional, com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, à prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução do paciente, bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições de alta do serviço⁹.

III – CONCLUSÃO

1. O aumento da frequência diária de **fisioterapia** respiratória **está indicada** ao manejo do quadro clínico apresentado pela Autora, de acordo com documento médico acostado ao processo - esforço respiratório devido ao quadro de broncodisplasia pulmonar, resultando em aumento dos parâmetros, necessitando do aumento da frequência de sessões de fisioterapia respiratória de uma para duas vezes ao dia para redução destes parâmetros e melhora dos episódios de broncoespasmo (Evento 1, INF8, Páginas 2 a 5).

2. Quanto à disponibilização do pleito, elucida-se que o mesmo **está coberto pelo SUS**, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), na qual consta: atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas, sob o seguinte código de procedimento: 03.02.04.002-1.

3. O acesso ao referido procedimento padronizado no SUS, ocorre por meio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), instituído pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que relacionam os profissionais que compõem as equipes para o atendimento domiciliar, tais quais: médico, enfermeiro, **fisioterapeuta**, auxiliar/técnico de enfermagem, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico, configurando equipe multidisciplinar.

4. Importante esclarecer que a elegibilidade na Atenção Domiciliar no SUS é definida por critérios clínicos e administrativos/operacionais/legais. Ressalta-se que esses critérios devem ser avaliados caso a caso, reconhecendo-se as singularidades do paciente e suas necessidades, além da capacidade e condições do SAD em atendê-las.

⁸ RIBEIRO I. S., ALVES S. Paralisia das cordas vocais: 10 anos de experiência Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia cérvico-facial VOL 55. Nº 2. JUNHO 2017. Disponível em: file:///C:/Users/alineps/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/B24BVHGD/390-Texto%20Principal%20do%20Trabalho%20(Obrigatório)-1893-1-10-20180512.pdf. Acesso em: 30 dez. 2019.

⁹ CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL da 2ª Região - Crefito 2. Definição de fisioterapia. Disponível em: <http://www.crefito2.gov.br/fisioterapia/definicao/--32.html>. Acesso em: 30 dez. 2019.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde


5. Diante do exposto, **caso a Autora tenha encaminhamento médico para o referido Serviço, sugere-se que sua representante legal compareça em sua Unidade Básica de Saúde de referência, a fim de que seja realizado seu encaminhamento e avaliação pelo SAD.**


6. Adicionalmente, de acordo com a plataforma Onde Ser Atendido¹⁰, segundo o endereço da Autora informado na inicial (Evento 1, INIC1, Página 1), a unidade básica de referência da Autora é a Clínica da Família Carioca, situada na Rua Bergamo, n. 320, Rocha.

É o parecer.

Ao 1º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

**FERNANDO ANTÔNIO DE A.
GASPAR**
Médico
CRM/RJ 52.52996-3
ID. 3.047.165-6


VIRGINIA SILVA
Enfermeira
COREN/RJ 321.417
ID. 4.455.176-2


MARCELA MACHADO DURAÓ
Assistente de Coordenação
CRF-RJ 11517
ID. 4.216.255-6

FLÁVIO AFONSO BADARÓ
Assessor-chefe
CRF-RJ 10.277
ID. 436.475-02

¹⁰ Onde Ser Atendido – Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em: < <https://subpav.org/ondeseratendido/> >. Acesso em: 30 dez. 2019.