



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT Nº 0566/2018

Rio de Janeiro, 16 de julho de 2018.

Processo nº 5000793-46.2018.4.02.5102,  
ajuizado por [REDACTED],  
representado por [REDACTED].

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da 1ª Vara Federal da Comarca de Niterói, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto à transferência (transporte aéreo especializado) e ao serviço de *home care*.

**I – RELATÓRIO**

1. Segundo documento médico do Hospital Sagrado Coração de Jesus – Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba/São Paulo (Evento 1, ATESTMED7, págs. 1 e 2), datado de 18 de junho de 2018 e emitido pelo médico [REDACTED] (CREMESP [REDACTED]), o Autor encontra-se internado no referido hospital aos cuidados da equipe de neurocirurgia após **traumatismo crânio-encefálico grave** por acidente motociclístico, sendo encaminhado à UTI e submetido a craniectomia descompressiva devido a isquemia fronto-temporo-parietal à esquerda com desvio da linha média. No momento o paciente está em leito de enfermaria, com **traqueostomia** em nebulização contínua, alimentando-se por sonda nasogástrica, **afásico, tetraparético** e pouco contactuante, não cooperativo. Para o transporte do paciente para a sua cidade de origem (Niterói – RJ), devido à longa distância (cerca de 1000km) e devido ao quadro clínico do paciente, é necessário o transporte aéreo especializado. O paciente tem indicação de internação domiciliar por se tratar de patologia neuromuscular com necessidade de tratamento por tempo indeterminado. Para dar continuidade ao tratamento e manutenção das condições dignas de preservação da saúde e da vida no ambiente domiciliar, se faz necessário a estrutura de **home care** com equipe técnica especializada e os seguintes tratamentos:

**Estrutura**

- Cama hospitalar com regulagem de altura e inclinação;
- Estrutura de Oxigênio;
- Aspirador a vácuo;
- Suporte para medicação endovenosa e dieta;
- *Cadeira de rodas com apoio cervical e suporte para tetraparesia;*
- *Cadeira de banho com apoio cervical e suporte para tetraparesia;*
- Maca para elevação ortostática;

**Assistência Especializada**

- Enfermagem;
- Fisioterapia respiratória;





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

- Psicologia;
- Nutricionista especializada em neuro nutrição;
- Fonoaudiologia neurofuncional;
- Fornecimento de dieta enteral;
- Neurologista.

Foi citada a seguinte Classificação Internacional de Doenças (CID – 10):  
**S06 – Traumatismo Intracraniano**

**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 Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, 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 inter setoriais.

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

*I - necessidade de monitorização contínua;*





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE APOIAMENTO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;

III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, 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.

### DA PATOLOGIA

1. A *Brain Injury Association* – Associação de Lesão Cerebral (BIA) define **traumatismo cranioencefálico (TCE – Traumatismo Intracraniano)** como uma lesão ao cérebro, não degenerativa ou congênita, provocada por força física externa. Tal lesão pode produzir um estado alterado ou diminuído de consciência, causando deficiências dos desempenhos cognitivo, comportamental, emocional ou físico. O **TCE** é normalmente provocado por uma carga dinâmica ou impacto na cabeça, fruto de pancada local ou proveniente de movimentos repentinos produzidos por pancada em outras regiões do corpo<sup>1</sup>. A lesão encefálica definitiva que se estabelece após o **traumatismo cranioencefálico (TCE)** é o resultado de mecanismos fisiopatológicos que se iniciam com o acidente e se estendem por dias e semanas. Assim, as lesões cerebrais são didaticamente classificadas em primárias (ocorrem no momento do trauma) e secundárias (decorrem de agressões que se iniciam após o momento do acidente, resultantes da interação de fatores intra e extracerebrais). As lesões podem ainda ser separadas em: difusas e focais. Esses dois mecanismos costumam estar associados em um mesmo paciente, embora, geralmente, exista o predomínio de um tipo. As lesões difusas são aquelas que acometem o cérebro como um todo e, usualmente, decorrem de forças cinéticas que levam a rotação do encéfalo dentro da caixa craniana. Podem ser encontradas disfunções por estiramento ou ruptura tanto de axônios como de estruturas vasculares em regiões distintas do encéfalo<sup>2</sup>.

2. A **afasia** refere-se a um transtorno da linguagem, incluindo diversas combinações de comprometimentos na capacidade de produzir espontaneamente, compreender e repetir a fala, assim como defeitos na capacidade de ler e escrever. É um transtorno de capacidades de linguagem anteriormente intactas devido a uma lesão cerebral. Indica que o problema não se deve a uma paralisia ou incapacidade dos órgãos da fala ou dos músculos que controlam outras formas de expressão. O grau de déficit parece correlacionar-se com o tamanho da lesão e também com sua localização<sup>3</sup>.

3. A **tetraparesia** ocorre quando há um comprometimento simétrico dos quatro membros. São casos nos quais o uso funcional dos membros superiores é bastante limitado, bem como é reservado o prognóstico de marcha<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO. Traumatismo Cranioencefálico: Reabilitação. Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes. 2012. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/traumatismo\\_cranioencefalico\\_reabilitacao.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/traumatismo_cranioencefalico_reabilitacao.pdf)> Acesso em: 13 jul. 2018.

<sup>2</sup> ANDRADE, A. F. et al. Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 55, n. 1, p. 75-81, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n1/v55n1a20.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

<sup>3</sup> USP. Ambulatório de Neurologia Comportamental – ANCP. Afasias. 2007. Disponível em: <<http://rnp.fmrp.usp.br/aulas/Francisco/AFASIAS.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2018.

<sup>4</sup> FONSECA, J. O.; CORDANI, L. K.; OLIVEIRA, M. C. Aplicação do inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI) com crianças portadoras de paralisia cerebral tetraparesia espástica. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 67-74, mai./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ro/article/view/13962/15780>>. Acesso em: 13 jul. 2018.







GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

4. A **traqueostomia** consiste na abertura da parede anterior da traqueia comunicando-a com o meio externo. Está indicada em situações em que existe obstrução da via aérea alta, acúmulo de secreção traqueal, debilidade da musculatura respiratória e intubação traqueal prolongada<sup>5</sup>.

### DO PLEITO

1. O termo **home care** é utilizado para se referir ao conjunto de procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados em domicílio. Abrange ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando a promoção, a manutenção e a reabilitação da saúde. Outros termos também podem ser utilizados, como: visita domiciliar programada, internação domiciliar, assistência domiciliar ou atenção domiciliar. O que diferencia os referidos termos é a complexidade do cuidado prestado, a utilização de equipamentos de tecnologia avançada, podendo ou não estar atrelada a uma maior periodicidade no acompanhamento do paciente<sup>6</sup>.

### III – CONCLUSÃO

1. O Autor encontra-se internado, em leito de enfermaria, em unidade hospitalar distante de seu domicílio, apresentando, de acordo com documento médico acostado ao processo (Evento 1, ATESTMED7, págs. 1 e 2), condições de continuar seu tratamento de forma domiciliar mediante suporte de um serviço de **home care**. Para tanto, foram pleiteados sua **transferência (transporte aéreo especializado)** do Hospital Sagrado Coração de Jesus – Santa Casa de Misericórdia de Araçatuba - SP/SUS para seu domicílio, no Município de Niterói/RJ e o suporte de um serviço de **home care**.

2. Quanto ao serviço de **home care**, esclarece-se que, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA, o serviço de **home care**, seja ele público ou privado, deve fornecer todos os equipamentos, insumos, medicamentos, alimentação especial e recursos humanos necessários ao atendimento da necessidade do paciente.

3. Nesse sentido, cumpre informar que o serviço de **home care**, **está indicado** ao caso do Autor, no entanto, **não é disponibilizado** em nenhuma lista oficial de serviços oferecidos pelo SUS, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

4. Como **alternativa** ao serviço de “**home care**”, no âmbito do SUS, existe o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), instituído pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, na qual em seus artigos 547 e 548, relacionam os profissionais que compõem suas equipes tais quais: **médico, enfermeiro, fisioterapeuta, auxiliar/técnico de enfermagem, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico, configurando equipe multidisciplinar.**

5. Ratifica-se que, a elegibilidade na Atenção Domiciliar no SUS considera critérios clínicos e administrativos/operacionais/legais. Ressalta-se que esses critérios

<sup>5</sup> RICZ, H. M. A.; et al. Traqueostomia. Simpósio: Fundamentos em clínica cirúrgica. Medicina, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 63-69. 2011. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp7\\_Traqueostomia.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp7_Traqueostomia.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2018.

<sup>6</sup> KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Caderno Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/02.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2018.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURÍDICA  
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

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.

6. Desta forma, **o relatório de avaliação pelo SAD se faz imprescindível**, uma vez que, confirmadas as necessidades atuais do Autor, com base no citado relatório poderá ser definido sua inclusão (ou não) para atendimento/assistência e acompanhamento pelo SAD.

7. Diante do exposto, **sugere-se que o Autor seja avaliado pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**. Neste sentido, estando o Autor em seu domicílio, seu representante legal deverá comparecer a unidade básica mais próxima de sua residência a fim de que seja realizado o encaminhamento e a avaliação pelo SAD. No caso do Autor ser transferido para alguma unidade de saúde pertencente ao SUS, no Estado do Rio de Janeiro, será de responsabilidade da referida unidade, providenciar seu encaminhamento à avaliação pelo SAD.

8. **Cumpra esclarecer que informações acerca de transporte do Autor não fazem parte do escopo de atuação deste Núcleo.**

É o parecer.

À 1ª Vara Federal da Comarca de Niterói, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

LÍVIA FRIGERI NEVES  
Fisioterapeuta  
CREFITO2/37973F  
Mat.:864355-3

  
VIRGINIA S. PEDREIRA  
Enfermeira  
COREN/RJ 321.417

  
FERNANDO ANTÔNIO DE  
ALMEIDA GASPAR  
Médico  
CRM-RJ: 52.52996-3  
ID. 3047165-8

MARCELA MACHADO DURAO  
Assistente de Coordenação  
CRE-RJ 11517  
ID. 4.216.255-6

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