



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

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT-FEDERAL Nº 0050/2019

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 2019.

Processo nº 5001616-86.2019.4.02.5101,  
ajuizado por [REDACTED] neste  
ato representada por [REDACTED]  
[REDACTED]

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **28ª Vara Federal do Rio de Janeiro**, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao serviço de *home care* com fornecimento dos medicamentos prescritos, atendimento de fisioterapeuta e enfermagem diurna.

### I – RELATÓRIO

1. Para elaboração do presente Parecer Técnico foi considerado o documento médico acostado ao Evento1\_Decl7\_pág. 1, tendo em vista que este Núcleo julgou suficiente para apreciação do pleito.
2. De acordo com documento médico do Hospital Federal de Bonsucesso (Evento1\_Decl7\_pág. 1), emitido em 08 de novembro de 2018 pela médica [REDACTED], a Autora, à época com 2 anos e 8 meses, estava internada no hospital mencionado desde o nascimento, na UTI, até 01/11/2017, quando foi transferida para a enfermaria de pediatria, com quadro de **encefalopatia hipóxico-isquêmica grave do recém nascido**. A Autora nasceu prematura de 30 semanas, com peso de 1025g e evoluiu com **encefalopatia** após insulto isquêmico, **hidrocefalia supratentorial** sem hipertensão intracraniana, **broncodisplasia pulmonar** e dependência de assistência ventilatória mecânica contínua. Em função de seu quadro respiratório e neurológico foi submetida à **gastrostomia** e **traqueostomia** para manutenção de suas capacidades adaptativas. No momento apresenta-se clinicamente estável, com uso de tecnologia (ventilação mecânica), alimentando-se por gastrostomia, terapia medicamentosa e suporte de equipe multidisciplinar (**fisioterapia** respiratória e motora, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional). Deste modo, para viabilizar a desospitalização da Autora são necessários os cuidados paliativos domiciliares na modalidade *home care*. Foi mencionada a seguinte Classificação Internacional de Doenças (CID-10): **P91.6 – Encefalopatia hipóxico-isquêmica do recém nascido**.

### 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.



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

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 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.

#### **DA PATOLOGIA**

1. A asfixia perinatal é um evento grave que pode acometer o feto ou o recém-nascido. Anualmente nascem no mundo 4 milhões de crianças com asfixia perinatal grave, destas, 800.000 morrem em decorrência deste evento, e outras 800.000 evoluem com seqüelas significativas. No Brasil, a asfixia perinatal, dentro das afecções perinatais, é responsável por 12% dos óbitos. A **encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI)** constitui a conseqüência mais grave da asfixia perinatal e ocorre em cerca de 33% dos recém-nascidos (RN) que a apresentam. É a causa mais comum de convulsão no RN,



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

representando 60% a 65% das mesmas, tanto em RN de termo (RNT) como em RN pré-termo (RNPT), sendo importante fator de seqüelas neurológicas a longo prazo<sup>1</sup>.

2. A **hidrocefalia** é definida como aumento da quantidade de líquido cefalorraquidiano dentro da caixa craniana, principalmente nas cavidades ventriculares, mas podendo ocorrer também no espaço subdural. Sua principal consequência clínica imediata é a hipertensão intracraniana, a qual muitas vezes exige pronto tratamento cirúrgico<sup>2</sup>. As drenagens valvuladas unidirecionais com o objetivo de derivar o líquido em excesso nos ventrículos cerebrais para outras cavidades corporais. Embora a derivação possa ser feita para o meio externo, para o átrio direito ou através de terceiro ventriculostomia, a variedade mais largamente empregada é a derivação ventrículo-peritoneal (DVP)<sup>3</sup>.

3. A **displasia broncopulmonar (DBP)** é considerada uma das principais causas de doença pulmonar crônica em lactentes. Está associada a hospitalizações frequentes e prolongadas, especialmente por doenças pulmonares, altos índices de mortalidade e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e no crescimento pôndero-estatural. A **DBP** foi descrita inicialmente em 1967 por Northway et al. como uma doença pulmonar crônica que acometia recém-nascidos prematuros com síndrome do desconforto respiratório (SDR), ou doença da membrana hialina, submetidos à ventilação mecânica prolongada com níveis pressóricos e frações inspiradas de oxigênio (FIO<sub>2</sub>) elevados. A incidência da **DBP** é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso de nascimento. A imaturidade pulmonar, portanto, é um dos fatores mais importantes na etiopatogenia da doença. A **DBP** representa a resposta de pulmões imaturos à lesão pulmonar aguda provocada pela ventilação mecânica, pelo oxigênio e por vários outros fatores. A agressão ao tecido pulmonar em desenvolvimento resulta em fibrose e desorganização do processo maturativo normal. No processo de reparação pulmonar, observa-se a reepitelização e reestruturação do parênquima pulmonar. A sintomatologia é extremamente variável e depende da gravidade da **DBP**. Muitos pacientes apresentam deformidade torácica, taquidispnéia de graus variados e menor tolerância aos exercícios físicos. Tosse e crises de sibilância são frequentes. O prognóstico desses pacientes é variável, dependendo da gravidade da doença. A morbimortalidade é maior no primeiro ano de vida, diminuindo nos anos seguintes<sup>4</sup>.

4. A **gastrostomia** é um procedimento cirúrgico indicado como via de drenagem do conteúdo gástrico ou como via de infusão de alimentação e medicamentos, que consiste na fixação de uma sonda específica que cria uma comunicação entre o estômago e o meio externo de forma percutânea<sup>5</sup>.

5. A **traqueostomia** consiste na abertura da parede anterior da traqueia comunicando-a com o meio externo. Está indicada em situações em que existe obstrução

<sup>1</sup> CECCON, M. E. J. R. Interleucinas na encefalopatia hipóxico-isquêmica. *Jornal de Pediatria* - Vol. 79, Nº4, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n4/v79n4a02.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

<sup>2</sup> ALCANTARA, M. C. M. Cuidado Clínico à Criança com Hidrocefalia: Construção e Validação de Instrumento para Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2009. Dissertação (Mestrado em cuidados clínicos em saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Ceará. Disponível em: <[http://www.uece.br/cmaccils/dmdocuments/maria\\_claudia\\_moreira\\_de\\_alcantara.pdf](http://www.uece.br/cmaccils/dmdocuments/maria_claudia_moreira_de_alcantara.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2019.

<sup>3</sup> JUCA, C. E. B. et al. Tratamento de hidrocefalia com derivação ventrículo-peritoneal: análise de 150 casos consecutivos no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Acta Cirúrgica Brasileira*, São Paulo, v. 17, supl. 3, p. 59-63, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/acb/v17s3/15267.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

<sup>4</sup> MONTE, L. F. V. et al. Displasia broncopulmonar. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 99-110, 2005. Artigo de Revisão. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n2/v81n02a04.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2019.

<sup>5</sup> PERISSÉ, V.L.C. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. Dissertação (Mestrado Profissional em enfermagem assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2007. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/1447>>. Acesso em: 21 jan. 2019.



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

da via aérea alta, acúmulo de secreção traqueal, debilidade da musculatura respiratória e intubação traqueal prolongada<sup>6</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>7</sup>.

### III – CONCLUSÃO

1. Trata-se de Autora com 2 anos de idade, atualmente internada em enfermaria de unidade hospitalar, com quadro de **encefalopatia hipóxico-isquêmica grave, hidrocefalia supratentorial, broncodisplasia pulmonar em uso de gastrostomia e traqueostomia com dependência de assistência ventilatória mecânica contínua**, necessitando de cuidados paliativos domiciliares na modalidade **home care** (Evento1\_Decl7\_pág. 1).

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 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 (última atualização - Portaria Nº 2.976, de 18 de setembro de 2018), 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 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.

<sup>6</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: 21 jan. 2019.

<sup>7</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: 21 jan. 2019.



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

6. Desta forma, **o relatório de avaliação pelo SAD se faz imprescindível**, uma vez que, confirmadas as necessidades atuais da Autora, com base no citado relatório poderá ser definido sua inclusão (ou não) para atendimento/assistência e acompanhamento pelo SAD.
7. Ressalta-se que a Autora encontra-se em "*dependência de assistência ventilatória mecânica contínua através de traqueostomia*" (Evento1\_Decl7\_pág. 1). Portanto, de acordo com a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que inclui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), elucida-se que se tratando de necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento, a Autora se encontrará sob critério de exclusão para acompanhamento pelo SAD.
8. Diante do exposto, **sugere-se que a Autora seja avaliada pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**. Neste sentido, estando a Autora internada no Hospital Federal de Bonsucesso (Evento1\_Decl7\_pág. 1), informa-se que é responsabilidade da referida Unidade solicitar esta demanda, a fim de que seja realizado seu encaminhamento e avaliação pelo SAD.
9. Quanto à disponibilização no âmbito do SUS dos medicamentos prescritos, atendimento de fisioterapeuta e enfermagem diurna, cumpre mencionar que:
- Quanto aos atendimentos de **fisioterapia e enfermagem**, embora não tenha sido solicitado o serviço de enfermagem em documento médico acostado ao processo, enfatiza-se que **ambos são oferecidos pelos SUS** conforme Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que institui o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito do SUS e, em seus artigos 547 e 548, onde relacionam os profissionais que compõem suas equipes, tais quais: enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo e nutricionista, configurando equipe multidisciplinar;
  - Em relação a medicamentos prescritos, informa-se que no documento médico analisado por este Núcleo para elaboração do presente Parecer Técnico (Evento1\_Decl7\_pág. 1) não é especificada a terapia medicamentosa proposta. Dessa forma, este Núcleo fica impossibilitado de inferir qualquer consideração neste item.

É o parecer.

À 28ª Vara Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

JULIANA PEREIRA DE CASTRO  
Farmacêutica  
CRF- RJ 22.383

GABRIELA CARRARA  
Farmacêutica  
CRF-RJ 21047

VIRGINIA S. PEDREIRA  
Enfermeira  
COREN-RJ 321.417

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

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