



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

**PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL 1094/2019**

Rio de Janeiro, 06 de novembro de 2019.

Processo nº 5000729-39.2018.4.02.5101  
ajuizado por [REDACTED]  
representada por [REDACTED]

O presente parecer visa atender a solicitação de informações técnicas do 3º **Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro**, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro quanto ao **acompanhamento com técnico de enfermagem 24 horas**.

**I – RELATÓRIO**

1. Para elaboração do presente Parecer Técnico foram considerados os documentos médicos mais recentes acostados ao processo.
2. De acordo com documento médico (Evento 53, ANEXO2, Página 1), emitido em 12 de setembro de 2019, assinado pelo pediatra [REDACTED], a Autora, 11 anos, prontuário no Hospital Fernandes Figueira, apresenta ganho de peso e os diagnósticos de **encefalopatia crônica não progressiva, paralisia das cordas vocais, broncodisplasia crônica**. Encontra-se acamada, fazendo uso de respiração mecânica invasiva, assistida por traqueostomia e alimenta-se por gastrostomia. Faz-se necessário uma equipe de **técnicos de enfermagem 24 horas**, devido à grande labilidade em relação principalmente aos parâmetros respiratórios, além de fisioterapia respiratória e motora duas vezes ao dia.

**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



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

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 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.

### DO QUADRO CLÍNICO

1. A **paralisia cerebral (PC)** é um grupo de sintomas caracterizado por uma dificuldade no controle da postura e do movimento, causados por alguma anomalia ou lesão cerebral entre o estágio fetal e os 2 anos de idade. Os sintomas aparecem quando a criança começa a desenvolver habilidades motoras. Também conhecida como **Encefalopatia Crônica Não-Progressiva**, a paralisia cerebral é uma condição neurológica que não tem como causa uma doença degenerativa e, por isso, seus sintomas não pioram com o tempo. O tratamento dessa condição não está relacionado a nenhuma técnica específica de intervenção. O planejamento das intervenções terapêuticas orientadas à função, atentando-se para o alinhamento biomecânico, tem permitido que esses indivíduos aprendam a utilizar suas próprias limitações para conseguir executar com sucesso suas atividades de vida diárias, melhorando assim a qualidade de vida<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> JACQUES, K. C. et. al. Eficácia da hidroterapia em crianças com encefalopatia crônica não progressiva da infância: revisão sistemática. *Fisioter Mov.* 2010 jan/mar;23(1):53-61. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n1/05.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2019.





GOVERNO DO ESTADO  
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

2. A **paralisia das cordas vocais** é a paralisia congênita ou adquirida de uma ou ambas as pregas vocais. Esta afecção é causada por defeitos no sistema nervoso central, no nervo vago e ramificações dos nervos laríngeos. Os sintomas comuns são os distúrbios da voz, incluindo rouquidão ou afonia<sup>2</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 pênodo-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>3</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>4</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 da via aérea alta, acúmulo de secreção traqueal, debilidade da musculatura respiratória e intubação traqueal prolongada<sup>5</sup>.

## DO PLEITO

<sup>2</sup> Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Descrição de paralisia das pregas vocais. Disponível em: <[https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree\\_id=C08.360.931](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=C08.360.931)>. Acesso em: 04 nov. 2019.

<sup>3</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: 04 nov. 2019.

<sup>4</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: 04 nov. 2019.

<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: 04 nov. 2019.





GOVERNO DO ESTADO  
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

1. A **enfermagem domiciliar** é a especialidade de enfermagem em que cuidados especializados são fornecidos a pacientes em seus domicílios por enfermeiros registrados ou licenciados. Enfermagem domiciliar difere de assistência domiciliar, uma vez que enfermeiros domiciliares são profissionais licenciados, enquanto que assistência domiciliar envolve cuidadores não profissionais<sup>6</sup>.

### III – CONCLUSÃO

1. Informa-se que a **acompanhamento com técnico de enfermagem 24 horas está indicado** ao caso da Autora - encefalopatia crônica não progressiva, paralisia das cordas vocais, broncodisplasia crônica, acamada, fazendo uso de respiração mecânica invasiva, assistida por traqueostomia e alimentando-se por gastrostomia (Evento 53, ANEXO2, Página 1).

2. Ressalta-se que 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 multiprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, à manutenção e à 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>7,8</sup>.

3. Cabe esclarecer 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.

4. 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 município e do estado do Rio de Janeiro.

5. 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.

<sup>6</sup> Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Descrição de enfermagem domiciliar. Disponível em: <[https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree\\_id=H02.478.676.150.500](https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=H02.478.676.150.500)>. Acesso em: 04 nov. 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: 04 nov. 2019.

<sup>8</sup> FABRICIO, S. C. C.; et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 5, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2019.





GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

6. De acordo com a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que regulamenta o SAD, consta como critério de **exclusão** a **necessidade de monitorização contínua, necessidade de assistência contínua de enfermagem e necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento. Caso seja esta a situação da Autora, a mesma encontra-se em situação clínica incompatível para atendimento domiciliar pelo SUS, através do Serviço de Atenção Domiciliar, segundo critérios de exclusão que constam no Artigo 544 da referida Portaria**<sup>9</sup>.

7. 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.

8. Desta forma, considerando que em documento médico acostado ao processo (Evento 53, ANEXO2, Página 1) é informado que a Autora faz uso de respiração mecânica **invasiva** e necessita de assistência de técnicos de enfermagem **24 horas, 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.

**É o parecer.**

**Ao 3º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.**

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

**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

<sup>9</sup> Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html)>. Acesso em: 04 nov. 2019.