



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 0654/2023

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2023.

Processo nº 5057982-09.2023.4.02.5101,
ajuizado por

representada por

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **23ª Vara Federal do Rio de Janeiro**, Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao serviço de *home care* (equipamentos, insumos, medicamentos e recursos humanos).

I – RELATÓRIO

1. De acordo com documento do Instituto de puericultura e Pediatra Martagão Gesteira – UFRJ (Evento 1, ANEXO2, Páginas 21 a 23), emitido em 07 de fevereiro de 2023, pela médica a Autora, de 16 anos de idade, é portadora de condição de saúde crônica, complexa, secundária à **encefalopatia hipóxico isquêmica e epilepsia** e apresenta consequentes condições debilitantes e permanentes. É portadora de necessidades especiais, totalmente dependente de terceiros, não possui autonomia e controle de suas funções motoras e fisiológicas. Alimenta-se por meio de **gastrostomia** e respira por meio de **traqueostomia**, continuamente, sem possibilidade ou potencial para reversibilidade nesta data ou em período próximo. Ao longo do ano de 2022, após internação prolongada, devido a piora da condição clínica de base e necessidade de traqueostomia, recebeu alta hospitalar, em ar ambiente, sendo assistida em domicílio pelo programa de atendimento domiciliar, com ações integradas com o IPPMG. Todavia, apresentou episódios de intercorrência respiratória, com necessidade de oxigenoterapia intermitente, apoiada pela equipe do PADI, até que foi necessária a reinternação em novembro de 2022, devido à **hipoxemia grave e infecção respiratória**.

2. Possui os critérios para admissão em internação domiciliar (*home care*), considerando os critérios de avaliação de complexidade assistencial adquiridos ao longo de sua evolução clínica, nos últimos 12 meses, com necessidade de **alta complexidade de assistência**. Possui estabilidade clínica que permite a alta hospitalar com transição do cuidado para o *home care*. Possui grande dificuldade de mobilidade e necessita de: atendimento regular diário de fisioterapia motora e respiratória, visando a prevenção de alterações osteomusculares e complicações respiratórias como atelectasias e pneumonias; e suporte de fonoaudiologia, com frequência mínima de 2 atendimentos semanais. O apoio de assistência de enfermagem para cuidados em domicílio, para higienização diária e prevenção de úlceras por pressão, também é fundamental e deve ser contínuo nas 24 horas diárias.

3. Assim, foram prescritos para internação domiciliar: monitorização de sinais vitais multiparamétricos contínuos; assistência de enfermagem para cuidados de administração de medicamentos, apoio ao banho e posicionamento corporal e suporte à vigilância clínica durante as 24 horas diárias; assistência de fisioterapia especializada para trabalho e acompanhamento da condição respiratória e motora, diariamente; assistência de fonoaudiologia para trabalho e acompanhamento da deglutição e aparelho fonatório, mínimo de 2 atendimentos na semana;



acompanhamento de médico a nível domiciliar para suporte pediátrico geral e orientação no crescimento e desenvolvimento, minimamente mensal; acompanhamento odontológico semestral, idealmente domiciliar; acesso por telemedicina ou telefone 24 horas aos profissionais de retaguarda para suporte em situações de emergências médicas; acesso a remoção de urgência por meio de ambulância para unidade hospitalar em caso de necessidade de internação hospitalar; acesso a transporte agendado por meio de ambulância para as consultas aos especialistas da área da saúde que não façam o acompanhamento domiciliar ou para casos de internação hospitalar eletiva; fornecimento de todos os equipamentos, insumos e medicações para uso diário e contínuo necessários para a garantia dos tratamentos e suporte de vida durante a internação domiciliar; atendimento de professora mediadora ou terapeuta ocupacional, para a criação de interface de comunicação não verbal pelo menos duas vezes por semana; dieta polimérica – 200ml acrescentadas com 2 ml de azeite por gavagem, 3/3h, diariamente; Omeprazol comprimidos – 30mg por dia; Azitromicina suspensão oral – 340mg 3x por semana, às segundas, quartas e sextas feiras; Dipropionato de Beclometasona 200 microgramas spray – 200mcg 2 jatos manhã e 1 jato noite, diariamente; Espironolactona comprimido – 25mg por dia; Furosemida comprimido – 40mg por dia; Atenolol comprimido – 25mg 12/12h, diariamente; Baclofeno comprimido – 10mg 8/8h, diariamente; Clobazam comprimido – 5mg pela manhã e 7,5 mg à noite, diariamente; Valproato de sódio suspensão oral – 500mg 8/8h, diariamente; Vitamina D solução oral – 1000UI por dia; L-Cartinitina suspensão oral manipulada – 700mg 12/12h, diariamente; Sulfato de atropina 0,5% - 1 gota, 6/6h, diariamente, sublingual; Simeticona solução oral – 40 gotas 6/6h, diariamente; Hioscina comprimido – 10mg 8/8h, diariamente; e PEG 4000 pó – 20g 24/24h, diariamente. Códigos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) citados: **P91.0 – Isquemia cerebral neonatal**; e **G40.9 – Epilepsia, não especificada**.

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 SAS/MS nº 185, de 05 de junho de 2001, que define a operacionalização e o financiamento dos procedimentos de reabilitação e da concessão de órteses e próteses e materiais auxiliares de locomoção, em seu artigo 5, inclui, quando necessário, a prescrição, avaliação, adequação, treinamento e acompanhamento da dispensação de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção e orientação familiar.
4. A Portaria nº 1.272/GM/MS, de 25 de junho de 2013, inclui procedimentos de cadeira de rodas e adaptação postural em cadeira de rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde.
5. A Deliberação CIB-RJ nº 1273, de 15 de abril de 2011, aprova a Rede de Reabilitação Física do Estado do Rio de Janeiro.



6. A Deliberação CIB-RJ n° 6262 de 10 de setembro de 2020 repactua a grade de referência da rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do estado do rio de janeiro

7. A Portaria de Consolidação n° 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. 535° 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. 536°. 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).

§ 1° 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.

§ 2° 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 **síndrome hipóxico-isquêmica (SHI)** se desenvolve quando há hipoperfusão tecidual significativa e diminuição da oferta de oxigênio decorrentes das mais diversas etiologias. A oferta adequada de oxigênio aos tecidos é fundamental para que as células mantenham o metabolismo aeróbico e as funções vitais. Quando a pressão de perfusão é insuficiente para suportar as necessidades mínimas de oxigênio, ou seja, a pressão arterial média é baixa ou a pressão venosa é excessiva, há a mudança do metabolismo aeróbico para anaeróbico, com conseqüentes disfunções orgânicas. A causa mais frequente de SHI no período **neonatal** é a asfixia perinatal, que pode ser causada por: interrupção do fluxo sanguíneo umbilical (ex.: compressão de cordão umbilical);



insuficiente troca de gases pela placenta (ex.: descolamento de placenta); perfusão placentária inadequada do lado materno (ex.: hipotensão materna); feto comprometido que não tolera o estresse do trabalho de parto (ex.: retardo do crescimento intra-uterino); falha de inflar o pulmão logo após o nascimento. Entretanto, todas as situações patológicas que levem à hipóxia e à hipoperfusão teciduais pré-natais, perinatais ou pós-natais são fatores etiológicos da SHI¹.

2. A **encefalopatia ou neuropatia crônica não progressiva da infância**, também denominada **paralisia cerebral (PC)**, descreve um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e postura atribuído a um distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa. A desordem motora na paralisia cerebral pode ser acompanhada por distúrbios sensoriais, perceptivos, cognitivos, de comunicação e comportamental, por epilepsia e por problemas musculoesqueléticos secundários. Esta condição engloba um grupo heterogêneo quanto à etiologia, sinais clínicos e severidade de comprometimentos. No que tange a etiologia, incluem-se os fatores pré, peri e 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 comorbidades². A PC pode ser classificada por dois critérios: pelo tipo de disfunção motora presente, ou seja, o quadro clínico resultante, que inclui os tipos extrapiramidal ou discinético (atetoide, coreico e distônico), atáxico, misto e espástico; e pela topografia dos prejuízos, ou seja, localização do corpo afetado, que inclui monoplegia, paraplegia ou diplegia e hemiplegia ou tetraplegia ou quadriplegia³.

3. A **epilepsia** é uma doença cerebral crônica causada por diversas etiologias e caracterizada pela recorrência de crises epiléticas não provocadas. Esta condição tem consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais e prejudica diretamente a qualidade de vida do indivíduo afetado⁴. As epilepsias podem ser classificadas de acordo com a etiologia, idade de início das crises, topografia das descargas elétricas, manifestações clínicas, achados eletroencefalográficos ou tipos de crises⁵.

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 prolongada⁶.

5. **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

¹ PROCIANOY, R.S. & SILVEIRA, R.C. Síndrome hipóxico-isquêmica. *Jornal de Pediatria* - Vol. 77, Supl.1, 2001. Disponível em: <<https://www.jped.com.br/index.php?p=revista&tipo=pdf-simple&pii=X2255553601029340>>. Acesso em: 22 mai. 2023.

² 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: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/diretrizes_atencao_paralisia_cerebral.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2023.

³ LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia Cerebral: Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 12, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/editorial%2020%2004/edJacqueline.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2023.

⁴ CONITEC. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Epilepsia. Disponível em:

<http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Epilepsia_CP13_2019.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2023.

⁵ LORENZATO, R.Z. et al. Epilepsia e gravidez: evolução e repercussões. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 24, n. 8, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n8/a04v24n8.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2023.

⁶ 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>. Acesso em: 22 mai. 2023.



de uma sonda específica que cria uma comunicação entre o estômago e o meio externo de forma percutânea⁷. A sonda de gastrostomia poderá ter balonete ou um anteparo interno tipo “cogumelo”⁸.

6. A **hipoxemia** é definida como a redução do conteúdo arterial de oxigênio (CaO₂). Embora a pressão parcial de O₂ no sangue arterial (PaO₂) seja a medida convencional do grau de oxigenação do sangue, outras variáveis como a saturação arterial de O₂ (SaO₂), a concentração de hemoglobina (Hb) e a afinidade do oxigênio à Hb estão incluídas na determinação do conteúdo arterial de O₂ (CaO₂)⁹.

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 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^{10,11}.

III – CONCLUSÃO

1. O serviço de **home care** corresponde ao conjunto de procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados em domicílio, ou seja, é uma assistência à saúde multiprofissional exclusivamente no domicílio realizado por profissionais da equipe interdisciplinar, como uma espécie de **internação domiciliar**.

2. Diante o exposto, considerando as informações apresentadas, entende-se que o serviço de **home care está indicado** ao manejo do quadro clínico que acomete a Autora (Evento 1, ANEXO2, Páginas 21 a 23). Todavia, **não integra** nenhuma lista oficial de serviços para disponibilização através do SUS, no âmbito do município e do Estado do Rio de Janeiro.

3. Informa-se que até a presente data o serviço de **home care** não foi avaliado pela CONITEC, bem como não foram publicados Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para a doença/quadro clínico da Autora, contemplando o item pleiteado.

4. Em soma, **não foi identificado outro serviço fornecido no âmbito do SUS, que possa ser sugerido em alternativa** ao pleito **home care**, uma vez que a Autora **necessita de**

⁷ PERISSÉ, VLC. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. Disponível em: <http://www.btdt.ndc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2429>. Acesso em: 22 mai. 2023.

⁸ HOSPITAL PRÓ-CARDÍACO. Cuidados de enfermagem com gastrostomia/jejunostomia. Plano educacional de alta. Disponível em: <http://www.hospitalprocardiaco.com.br/wp-content/util/docs/pacientes_acompanhantes/cuidado_multidisciplinar/enfermagem/cuidados_de_enfermagem_com_gastrostomia_jejunos_tomia.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2023.

⁹ FORTIS, E.A.F. & NORA, F.S. Hipoxemia e Hipóxia Per-Operatória: Conceito, Diagnóstico, Mecanismos, Causas e Fluxograma de Atendimento. Rev Bras Anestesiol 2000; 50: 4: 317 – 329. Disponível em: <<https://www.bjan-sba.org/article/5e498c380aec5119028b49d1/pdf/rba-50-4-317.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2023.

¹⁰ 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: 22 mai. 2023.

¹¹ 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>. Acesso em: 22 mai. 2023.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

monitorização contínua e assistência contínua de enfermagem, sendo estes **critérios de exclusão ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**, instituído pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, cujo escopo se assemelha ao pleito.

5. Elucida-se que, caso seja fornecido o *home care*, 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 público ou privado, deve fornecer todos os equipamentos, insumos, medicamentos e recursos humanos necessários ao atendimento da necessidade do paciente.

É o parecer.

À 23ª Vara Federal do Rio de Janeiro, Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

JAQUELINE COELHO FREITAS

Enfermeira
COREN/RJ 330.191
ID: 4466837-6

RAMIRO MARCELINO RODRIGUES DA SILVA

Assistente de Coordenação
ID. 5.123.948-5
MAT. 3151705-5

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

Assessor-chefe
CRF-RJ 10.277
ID. 4.364.750-2