



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

ARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 0844/2023

Rio de Janeiro, 29 de junho de 2023.

Processo nº 5070637-13.2023.4.02.5101,
ajuizado por

representada por

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **28ª Vara Federal do Rio de Janeiro**, Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao **sistema de internação domiciliar** ou ao serviço de *home care* (procedimentos, equipamentos e medicamentos indicado pelos médicos assistentes).

I – RELATÓRIO

1. De acordo com documentos médicos do Instituto de Puericultura e Pediatra Martagão Gesteira – UFRJ (Evento 1, ANEXO2, Páginas 19/20 e 29/31), respectivamente emitidos em 03 de abril de 2023 e 02 de agosto de 2022, pela médica , a Autora, de 13 anos de idade, apresenta condição de saúde crônica complexa secundária a insulto hipóxico isquêmico após parada cardiorrespiratória, portadora de necessidades especiais, continuamente acamada, estado vigil comatoso permanente, totalmente dependente de terceiros, não possui autonomia e controle de suas funções motoras e fisiológicas. Mantendo as necessidades descritas nos laudos anteriores, possui critérios para admissão em internação domiciliar ou “home care” considerando os critérios de avaliação de complexidade assistencial, haja vista a dependência total de terceiros e equipamentos para sobrevivência. Contudo, o procedimento não é disponibilizado atualmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e portanto, a Autora permanece internada sem possibilidade de retorno ao domicílio e ao convívio familiar. Mantém-se em ar ambiente continuamente com traqueostomia metálica e recebe dieta e medicações pela gastrostomia. Está estável em condições de alta médica há mais de 12 meses. Os genitores foram treinados a realizar todos os cuidados diários, incluindo os procedimentos de aspiração traqueal e manipulação da gastrostomia, no entanto, foi observado muita dificuldade de entendimento e também na realização dos procedimentos. Trata-se de família com extrema vulnerabilidade social, inclusive com muitas dificuldades de manter as visitas regulares ao IPPMG para acompanhamento da Autora devido a questões tanto econômicas quanto cognitivas, mas que demonstra vínculo importante materno e paterno de afeto pela Autora, de maneiras que ambos expressam o desejo de levá-la para casa. Ao longo deste período de internação receberam doação de cama hospitalar e aspirador portátil, bem como realizaram melhorias no domicílio para adaptação à nova condição de saúde da Autora. Quanto aos cuidados indicados para a Autora, que permanece constantemente em estado neurológico comatoso estável, foi observado a necessidade de reabilitação diária, com fisioterapia motora e respiratória, assistência para os cuidados da higiene, prevenção de úlceras de pressão e administração de medicamentos pela gastrostomia. Os procedimentos mínimos indicados para a Autora no sistema de internação domiciliar são:



- assistência de enfermagem para os cuidados de administração de medicamentos, apoio ao banho e posicionamento corporal, e suporte à vigilância clínica minimamente por 12 horas diárias;
- assistência de fisioterapia especializada para trabalho e acompanhamento da condição respiratória e motora, diariamente;
- assistência de fonoaudiologia para trabalho e acompanhamento de deglutição e aparelho fonatório, mínimo de 1 atendimento na semana;
- acompanhamento de médico a nível domiciliar para suporte clínico geral e orientação no crescimento e desenvolvimento, minimamente mensal;
- acompanhamento odontológico semestral, idealmente domiciliar;
- 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.

2. Ainda de acordo com documento médico supracitado (Evento 1, ANEXO2, Páginas 19 e 20) foi relatado que em momentos anteriores já foi obtida a reposta do PADI-RJ quanto à impossibilidade de atendimento às necessidades de atendimento diário da Autora a nível domiciliar, o que ressalta a indicação de *home care*. Ressaltado que o longo tempo de espera para acesso ao procedimento de internação domiciliar acarreta riscos biológicos a Autora inerentes ao ambiente hospitalar e fragiliza a relação familiar da Autora, que já espera uma solução para a desospitalização há mais de 2 anos.

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. 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).

§ 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 **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 asfíxia 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.

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: 28 jun. 2023.



2. 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 prolongada².
3. **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 percutânea³. A sonda de gastrostomia poderá ter balonete ou um anteparo interno tipo “*cogumelo*”⁴.

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^{5,6}.

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 do exposto, informa-se que o serviço de **home care** **está indicado** ao manejo do quadro clínico que acomete a Autora (Evento 1, ANEXO2, Páginas 19 e 20). 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. De acordo com documento médico do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – UFRJ (Evento 1, ANEXO2, Páginas 19 e 20), emitido em 03 de abril de 2023, foi relatado que em momentos anteriores já foi obtida “reposta do PADI-RJ quanto a impossibilidade de atendimento às necessidades de atendimento diário da adolescente a nível domiciliar, o que ressalta a indicação de home care”.

² 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: 28 jun. 2023.

³ PERISSÉ, VLC. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. Disponível em: <http://www.bdt.dncc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2429>. Acesso em: 28 jun. 2023.

⁴ HOSPITAL PRÓ-CARDÍACO. Cuidados de enfermagem com gastrostomia/jejunostomia. Plano educacional de alta. Disponível em: <http://www.hospitalprocardiaco.com.br/wp-content/utit/docs/pacientes_acompanhantes/cuidado_multidisciplinar/enfermagem/cuidados_de_enfermagem_com_gastrostomia_jejunos_tomia.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.

⁵ 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: 28 jun. 2023.

⁶ 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: 28 jun. 2023.



4. Assim, cumpre esclarecer que, no âmbito do SUS, **não há alternativa terapêutica** ao pleito *home care*, uma vez que a Autora, com dependência total de terceiros e equipamentos para sobrevivência, **necessita de monitorização contínua e assistência contínua de enfermagem**, sendo estes **critérios de exclusão** para admissão ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), instituído pela Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

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 da paciente.**

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.

TATIANA GUIMARÃES TRINDADE

Fisioterapeuta
CREFITO2/104506-F
Matr.: 74690

ANNA MARIA SARAIVA DE LLIMA

Enfermeira
COREN/RJ 170711
Mat. 1292

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