



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 1427/2025

Rio de Janeiro, 10 de abril de 2025.

Processo nº 0839427-89.2025.8.19.0001,
ajuizado por
, representada por

De acordo com os documentos médicos, em impressos do Hospital Municipal Adão Pereira Nunes, emitidos em 26/03/2025, pela médica Helena Cristina Patrício Gomes (CRM- 52-75375-0). Onde consta relatado que, a Autora, 8 meses de vida, com diagnóstico de sofrimento fetal agudo, nascida a termo no hospital Alexander Fleming, desde o nascimento apresentando **distensão abdominal** e **vômitos** e sendo necessária a transferência para o Hospital Municipal Adão Pereira Nunes (Num. 182548373 - Págs. 6 a 10). Foi submetida a várias abordagens cirúrgicas em região abdominal, apresentou uma parada cardiorrespiratória seguida de convulsão de difícil controle, evoluindo com quadro de **encefalopatia hipóxico-isquêmica grave** e **sequelas neurológicas**. Dependente de ventilação mecânica prolongada, **traqueostomizada** e **gastrostomizada**. No momento, encontra-se internada na UTI neonatal do Hospital Municipal Adão Pereira Nunes, necessitando de suporte ventilatório, assistencial e tecnológico integral (24horas/dia); e estando **apta** para os cuidados integrais e multidisciplinar fornecidos pela equipe de home care, desde que contemple as condições clínicas apresentadas pela Autora. É informado pela médica assistente, que inicialmente, caso seja possível o deslocamento da Requerente em ambulância com suporte ventilatório adequado, a unidade supramencionada, poderá dar seguimento ao acompanhamento a nível ambulatorial. posterior a alta (Num. 182548373 - Págs. 6 a 10).

Necessitando de suporte **assistencial de home care**, por ser necessário o tratamento médico e multidisciplinar por equipe especializada por tempo indeterminado. Composta por supervisão e suporte de **médico pediatra** (semanal), **neurologista**, **pneumologista pediátrico**, **enfermeiro especialista em pediatria** (semanal), **enfermeiro estomaterapeuta** (mensal), **técnico de enfermagem 24h**, **nutricionista** (mensal), **fisioterapeuta com habilitação respiratória e motora** (7x semana), **fonoaudiólogo** (3x semana) e **terapeuta ocupacional** (2X semana), assim como os **medicamentos**, **equipamentos** e **insumos** prescritos. Foi solicitado o fornecimento do **home care com cuidados intensivos**, contendo os **profissionais** e **medicamentos**, **tratamentos**, **insumos** e **utensílios** (Num. 182548372 - Págs. 3-4).

A **encefalopatia hipóxico-isquêmica** (EHI) é uma doença com forte potencial para causar paralisia cerebral. Dependendo da sua gravidade, pode se transformar em uma tragédia emocional, social e econômica para o indivíduo e toda a sua família, bem como para a sociedade



como um todo. A fisiopatologia da EHI foi descrita em detalhes, com uma fase primária que leva à apoptose neuronal e uma fase de reperfusão secundária que ocorre cerca de seis horas após o insulto hipóxico-isquêmico, com vários tipos de resposta que podem levar a uma lesão neuronal secundária, compatível com a presença de sequelas neurológicas no recém-nascido. A EHI é caracterizada por sintomas neurológicos de gravidade variável, sendo classificada como leve, moderada e **grave**. A condição é acompanhada pelo envolvimento de um ou mais órgãos e pode levar à falência múltipla de órgãos. Os sintomas variam de acordo com a gravidade da doença e se há envolvimento do sistema nervoso central, desde a deterioração da vigília até convulsões e coma; ou, de um ponto de vista multiorgânico, envolvimento do trato digestivo (desde vômitos até sintomas de enterocolite necrosante), do trato urinário (desde oligúria até insuficiência renal aguda), o sistema respiratório (hemorragia pulmonar até hipertensão pulmonar) e o sistema cardiovascular, frequentemente com bradicardia sinusal (predominância do sistema parassimpático) e, finalmente, distúrbios metabólicos (cálcio, glicose e magnésio). Todas essas alterações podem agravar o comprometimento do sistema nervoso central¹.

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.

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 percutânea³.

O **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^{4,5}.

Já o serviço de atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Trata-se de visitas técnicas pré-programadas e periódicas de profissionais de saúde, cujo

¹ Perez JMR, Golombek SG, Sola A. Escore clínico de encefalopatia hipóxico-isquêmica da Sociedade Ibero-Americana de Neonatologia (Siben): Uma nova proposta para diagnóstico e tratamento. Ver. Assoc. Med. Bras. 2017 Jan;63(1):64–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.64>. Acesso em: 10 abr. 2025.

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: 10 abr. 2025.

³ PERISSÉ, VLC. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1447>. Acesso em: 10 abr. 2025.

⁴ 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: 10 abr. 2025.

⁵ 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: 10 abr. 2025.



objetivo principal é a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidado, capacitando o cuidador para oferecer os cuidados diários do usuário⁶.

Diante do exposto, informa-se que o **suporte assistencial com home care, profissionais, medicamentos, tratamentos, insumos e utensílios** pleiteados **está indicado** ao manejo do quadro clínico apresentado pela Autora (Num. 182548373 - Págs. 6 a 10). Entretanto, o serviço de **home care não integra** nenhuma lista oficial para fornecimento através do SUS, no âmbito do município e do Estado do Rio de Janeiro.

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, relaciona os profissionais que compõem suas equipes tais quais: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico, configurando equipe multidisciplinar.

Cabe esclarecer que o ingresso dos usuários aos serviços ofertados pelo SUS, ocorre por meio do sistema de regulação, conforme previsto na Política Nacional de Regulação que organiza o serviço em três dimensões (Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência) para qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde⁷.

Destaca-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-las⁸.

A avaliação pelo **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**, para a verificação da possibilidade de inclusão no referido Programa, ocorre através do comparecimento da representante da parte autora à Secretaria Municipal de Saúde, portando documento médico datado e atualizado, contendo a solicitação do referido Serviço, a fim de que sejam realizados encaminhamento e avaliação pelo SAD sobre a elegibilidade do acompanhamento multidisciplinar regular pelo SUS.

Cumpra esclarecer que, para o caso em tela, no âmbito do SUS, **por vias administrativas, não há alternativa terapêutica** ao pleito *home care*, uma vez que a Autora está traqueostomizada em ventilação mecânica contínua e necessita de **“técnico de enfermagem 24 horas por dia”** (Num. 182548373 - Pág. 8), sendo este um dos **critérios de exclusão para admissão**

⁶ PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_5_28_SETEMBRO_2017.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2025.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Regulação. Gestão do SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume6.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2025.

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em Casa – A Segurança do Hospital no Conforto de Seu Lar. Caderno de Atenção Domiciliar, v. 2, p.139-140. Brasília, DF. 2013. Acesso em: 10 abr. 2025. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2025.



no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), instituído pela Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Cabe ressaltar 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 público ou privado, deve fornecer **todos** os equipamentos, insumos, medicamentos e recursos humanos necessários ao atendimento da necessidade do paciente.

Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde⁹ foi encontrado Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a enfermidade do Suplicante – **epilepsia**, no entanto não contempla o fornecimento do serviço pleiteado. Não há PCDT para as outras enfermidades que acometem a Autora.

É o parecer.

Ao 1º Juizado Especial de Fazenda Pública da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

ADRIANA MATTOS PEREIRA DO NASCIMENTO

Fisioterapeuta
CREFITO2/40945-F
Matrícula: 6502-9

RAMIRO MARCELINO RODRIGUES DA SILVA

Assistente de Coordenação
ID. 512.3948-5
MAT. 3151705-5

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

Assessor-chefe
CRF-RJ 10.277
ID. 436.475-02

⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt#i>>. Acesso em: 10 abr. 2025.