



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

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT-FEDERAL Nº 1072/2017

Rio de Janeiro, 21 de novembro de 2017.

Processo nº 0207173-29.2017.4.02.5101
ajuizado por

neste ato, representado por

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **15ª Vara Federal**, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro quanto ao fornecimento do serviço de **home care**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com documento médico (fl. 8) e formulário da Defensoria Pública da União no Rio de Janeiro (fls. 20 a 25), ambos preenchidos em 19 de outubro de 2017, pela médica da Maternidade – Escola da UFRJ – Setor de Neonatalogia, o Autor, prematuro extremo, com idade gestacional de 29 semanas e 2 dias, apresentou quadro de **doença de membrana hialina** e **broncodisplasia pulmonar**, necessitando de ventilação mecânica prolongada e foi submetido à **traqueostomia** e **gastrostomia**. Evoluiu com **hidrocefalia** pós hemorrágica, necessitando derivação ventrículo-peritoneal.
2. No momento com 7 meses e 6 dias, pesando 8.085g, em macronebuliozação (oxigênio 1L/min), recebendo dieta (Nan Supreme 130 mL de 3/3h), polivitamínico solução oral (Protovit® Plus), Sulfato Ferroso solução oral, Salbutamol spray (Aerolin®), nebulização com Budesonida (Pulmicort®), fenobarbital solução oral), aguardando suporte domiciliar (**home care**), com urgência, para receber alta hospitalar.
3. Para suporte ventilatório, será necessário 1 cilindro pequeno de oxigênio, aspirador portátil, ressuscitador manual pediátrico com reservatório e monitor de saturação e frequência cardíaca. Necessita aspirador, sondas para aspiração traqueal n. 08, luvas de procedimento, cânula de traqueostomia, 8 latas de 400 g de leite, sonda de Folley n. 08, ampola de água destilada, fraldas tamanho G, ampolas de soro fisiológico de 10 mL, frasco descartável para nutrição enteral, fixador de traqueostomia, curativo Poly Tube® para traqueostomia, seringa de 5 mL para lavar a sonda de gastrostomia e para medicação, gaze e pomada para prevenir assadura. Foi informado ainda que *“há risco de vida para o Autor, caso não receba os insumos necessários, permanecerá internado, estando exposto à complicações decorrentes da internação prolongada em UTI neonatal”*.
4. Foram informadas as seguintes Classificações Internacionais de Doenças (CID10) **P07.1 - Outros recém-nascidos de peso baixo**, **P20.0 - Hipóxia intrauterina diagnosticada antes do início do trabalho de parto**, **P22.0 Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido**, **P 27.1- Displasia broncopulmonar originada no período neonatal**, **P90 - Convulsões no recém-nascido**, **P91.6- Encefalopatia hipóxica isquêmica do recém nascido**, **J44.8 - Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica**, **Z93.0 - Traqueostomia**, **Z93.1 – Gastrostomia** e **G91.8 - Outras formas de hidrocefalia**.



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

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. 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 propeidêutica 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.

4. A Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica estão dispostas, respectivamente, na Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e na Resolução nº 338/CNS/MS, de 6 de maio de 2004.



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

5. A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe, também, sobre as normas para o financiamento da assistência farmacêutica, promovendo a sua organização em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado.
6. A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, considera, inclusive, as normas de financiamento e de execução dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
7. A Deliberação CIB-RJ nº 1.589, de 09 de fevereiro de 2012 relaciona os medicamentos disponíveis no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e/ou Municípios definindo a Relação Estadual dos Medicamentos Essenciais (REME-RJ).
8. A Deliberação CIB-RJ nº 2.661, de 26 de dezembro de 2013 dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS no Estado do Rio de Janeiro e, em seu artigo 3º, estabelece o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos Essenciais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro.
9. A Resolução SMS nº 2177 de 19 de agosto de 2013, definiu o seu elenco de medicamentos da rede municipal de saúde, incluindo aqueles destinados aos programas de saúde oficiais (HIV/AIDS, Tuberculose, Saúde Mental, etc), vacinas, saneantes e correlatos, a saber, Relação Municipal de Medicamentos Essenciais no âmbito do Município do Rio de Janeiro (REMUME-RIO), em consonância com as legislações supramencionadas.

DA PATOLOGIA

1. Classifica-se, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, como **prematura** a criança nascida de uma **gestação com tempo inferior a 37 semanas**, contadas a partir da última menstruação. O bebê nascido entre 32 e 35 semanas de gestação é considerado como uma criança de risco, e o bebê nascido antes de 32 semanas é considerado de alto risco. As causas da interrupção precoce da gravidez e de um parto prematuro podem ser diversas, podendo estar implicados fatores relativos à saúde da mãe e/ou do bebê¹. De acordo com a idade gestacional, a prematuridade pode ser classificada como limítrofe (37 a 38 semanas), moderada (31 a 36 semanas) e **extrema (24 a 30 semanas)**². Para avaliação do crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo, até os 3 anos de idade deve-se utilizar a idade corrigida para a prematuridade (ICP), e, posteriormente, utilizar a idade cronológica. Para seu cálculo, considera-se a idade gestacional do recém-nascido³.
2. O **baixo peso ao nascer** é definido pela Organização Mundial de Saúde como todo recém-nascido com peso inferior a 2500 g independente da idade gestacional⁴.
3. A **encefalopatia hipóxico-isquêmica** (EHI) é uma enfermidade que acomete o **recém-nascido** (RN) de termo e o prematuro, contribuindo de maneira importante para a morbidade e mortalidade neonatal e perinatal. Em 1996 a Academia Americana de Pediatria (AAP) indicou três critérios para o diagnóstico de EHI: 1) acidose metabólica ou mista (pH <7,0) no sangue arterial umbilical; 2) Apgar de 0-3 no quinto minuto de vida; e 3) manifestação neurológica e/ou sistêmica gerada por hipoxemia. Contribuem para o diagnóstico relato de trabalho de parto laborioso, parto traumático, hemorragias do

¹ Scielo. WIESE, E. B. P. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 22, n.1, p.76-85, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/11.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

² ACCIOLY, E, SAUNDERS, C., LACERDA, E.M.A. Nutrição em obstetria e pediatria. 2 ed.- Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009.

³ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/Seguimento_prematuro_oficial.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2017.

⁴ RUDGE M.V.C., Rev Bras Ginecol Obstet. Vol 27, no 6, Rio de Janeiro, Junho 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000600001> Acesso em 17 nov.2017.



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

sistema nervoso central (SNC) e doenças maternas graves. Entretanto, alguns neonatos podem sofrer injúrias remotas por hipóxia e apresentar clínica inespecífica de insulto isquêmico após o nascimento, dificultando a aplicação dos critérios⁵.

4. Entre as patologias neurológicas mais frequentes do período **neonatal** encontram-se as **crises convulsivas**, cuja incidência varia entre 1,8-5/1.000 nascidos vivos. Os recém-nascidos (RN) com desnutrição intra-uterina parecem ser mais afetados. No período neonatal as convulsões podem estar relacionadas a diversos fatores etiológicos, que causam lesão permanente ou transitória do sistema nervoso central (SNC). Estes insultos podem ocorrer intra-útero, ao nascimento ou no período pós-natal imediato. O prognóstico dos RN com crises convulsivas é muito variável. Em geral, metade dos casos evolui para óbito ou seqüelas graves, e a outra metade fica com seqüelas mínimas ou são normais.⁶

5. A **doença da membrana hialina** (DMH), também conhecida como síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, é a doença respiratória mais frequente no período neonatal, sendo a maior causa de morbidade e mortalidade nessa faixa etária. A DMH acomete cerca de 1% de todos nascidos vivos, em especial, os prematuros com idade gestacional inferior a 28 semanas. A principal causa da DMH é a deficiência de surfactante alveolar, sintetizado a partir da 20ª semana de gestação, que atinge seu ápice somente por volta da 35ª semana. A deficiência de surfactante pulmonar causa um aumento da tensão superficial alveolar e da força de retração elástica, ocasionando instabilidade alveolar com atelectasias progressivas, as quais causam perda da complacência pulmonar⁷.

6. A **displasia broncopulmonar** (DBP) é uma doença pulmonar crônica com características clínicas, radiológicas e histológicas próprias. Acomete, em geral, os recém-nascidos prematuros submetidos a oxigenoterapia e ventilação mecânica nos primeiros dias de vida. A incidência da DBP é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso de nascimento. Sua ocorrência é pouco comum em neonatos com idade gestacional superior a 34 semanas, apesar de existirem casos descritos em recém-nascidos a termo⁸.

7. A **hidrocefalia** é o acúmulo excessivo de líquido cefalorraquidiano dentro do crânio, o que pode estar associado com dilatação dos ventrículos cerebrais, hipertensão intracraniana, cefaleia, letargia, incontinência urinária e ataxia⁹.

8. 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 prolongada¹⁰.

9. **Gastrostomia** é um procedimento cirúrgico indicado como via de drenagem do conteúdo gástrico ou como via de infusão de alimentação e medicamentos, que consiste

⁵ GOIS R.P., PINTO F.J.M., CRISÓSTOMO S.V., Encefalopatia hipóxico isquêmica: aspectos clínicos de gravidade. *Pediatria Moderna* Fev 2015, V51 N2, págs 54-60. Disponível em <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6033> Acesso em: 21 nov. 2017.

⁶ COSTA J.C., NUNES M.L., FIORI R.M., Convulsões no período neonatal, *J. Pediatr* (RJ 2001, 77 (Supl.1): S115-S122. Disponível em <<http://www.jpmed.com.br/conteudo/01-77-S115/port.pdf>> Acesso em: 21 nov.2017.

⁷ RUSCHEL, L.; NADER, P. J. H. A doença da membrana hialina em prematuros de baixo peso. *Revista da AMRIGS*, n. 58, v. 3, p. 193-1972014. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/58-03/004.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

⁸ MONTE LF, SILVA FILHO LV, MIYOSHI MH, ROZOV T. Displasia broncopulmonar. *Jornal de Pediatria*, v.81, p.99-110, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n2/v81n02a04.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2017.

⁹ BVS – Biblioteca Virtual em Saúde. Descrição de hidrocefalia. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/?IscScript=../cgi-bin/decsserver/decsserver.xis&task=exact_term&previous_page=homepage&interface_language=p&search_language=p&search_exp=Hidrocefalia%20Obstrutiva>. Acesso em: 21 nov. 2017.

¹⁰ 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: 21 nov. 2017.



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

na fixação de uma sonda específica que cria uma comunicação entre o estômago e o meio externo de forma percutânea¹¹.

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 paciente¹².

III – CONCLUSÃO

1. A prevalência das complicações da **doença da membrana hialina (DMH)** é inversamente proporcional à idade gestacional. As complicações mais comuns da DMH são hemorragia do sistema nervoso central (SNC), displasia broncopulmonar (DBP), persistência do canal arterial (PCA) e retinopatia da prematuridade. A doença pulmonar crônica é a complicação clínica mais severa e está relacionada à insuficiência placentária, ao tabagismo, a infecções, à oxigenoterapia e à ventilação mecânica¹.

2. 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. Informa-se que o serviço de **home care está indicado** ao quadro clínico que acomete o Autor. Contudo, **não é disponibilizado** em nenhuma lista oficial de serviços oferecidos pelo SUS, no âmbito do Município e 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, 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. Diante do exposto, **sugere-se que o Autor seja avaliado pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**. Neste sentido, é de responsabilidade da unidade hospitalar pertencente ao SUS na qual o Autor **encontra-se internado**, a saber, a Maternidade – Escola da UFRJ (fls. 8 e 20 a 25) solicitar esta demanda, a fim de que seja realizado seu encaminhamento e avaliação pelo SAD.

6. Adicionalmente, quanto à disponibilização no âmbito do SUS dos equipamentos, insumos, medicamentos e fórmula nutricional, cumpre mencionar que:

¹¹ PERISSÉ, VLC. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar.

Disponível em: <http://www.bdt.d.ndc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2429>. Acesso em: 21 nov. 2017.

¹² Scielo. 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 nov. 2017.



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

- Suporte ventilatório, cilindro pequeno de oxigênio, aspirador portátil, ressuscitador manual pediátrico com reservatório, monitor de saturação e frequência cardíaca, sondas para aspiração traqueal n. 08, luvas de procedimento, cânulas de traqueostomia, fraldas, frascos descartáveis para nutrição enteral, fixador de traqueostomia, curativo Poly Tube® para traqueostomia, seringas de 5 mL e gases **não estão padronizados** em nenhuma lista oficial de insumos para dispensação através do SUS, no âmbito do Município e do Estado do Rio de Janeiro.
 - Polivitamínico solução oral pediátrica, Sulfato ferroso solução oral, Salbutamol aerosol, Budesonida suspensão para nebulização, Fenobarbital solução oral, Cloreto de sódio 0,9% em ampola de 10mL (soro fisiológico) e Pomada com óxido de zinco + óleo com vitamina A + vitamina D – *ao Autor foi prescrito apenas pomada pra prevenir assaduras, encontram-se padronizados* pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no âmbito da Atenção Básica, conforme REMUME – Rio. Para obter informações acerca do acesso aos mesmos, a representante legal do Autor deve comparecer à Unidade Básica de Saúde mais próxima a sua residência, munida de receituários atualizados.
 - A fórmula infantil com proteína parcialmente hidrolisada Nan® supreme **não integra** nenhuma lista para dispensação no SUS, no âmbito do Estado e do Município do Rio de Janeiro.
7. Quanto ao questionamento sobre protocolos clínicos oficiais, destaca-se que até o momento **não está disponível** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para **doença de membrana hialina / broncodisplasia pulmonar**¹³.
8. Acrescenta-se que conforme mencionado em documento médico acostado à folha 24, sem o suporte residencial adequado, o Autor permanecerá internado, estando exposto às complicações decorrentes da internação prolongada em UTI neonatal. Dessa forma, salienta-se que **a demora exacerbada da aquisição dos equipamentos, medicamentos e insumos necessários ao home care, poderá influenciar negativamente no prognóstico em questão.**

É o parecer.

À 15ª Vara Federal, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

JULIANA DA ROCHA MOREIRA
Nutricionista
CRN4 - 09100593

JULIANA PEREIRA DE CASTRO
Farmacêutica
CRF- RJ 22.383

VIRGINIA S. PEDREIRA
Enfermeira
COREN-RJ 321.417

PRISCILA AZEVEDO
Enfermeira/SJ
COREN/RJ: 261.162
ID. 5072070-8

VIRGÍNIA PINHEIRO DE SOUSA
Médica
CRM-RJ: 52.912891

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

¹³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>>. Acesso em: 21 nov. 2017.