



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 43/2022

Vitória, 17 de janeiro de 2022

Processo nº [REDACTED]
impetrado pelo [REDACTED]
[REDACTED] em face de
[REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender a solicitação de informações técnicas da Vara da Fazenda Pública Estadual, Registros Públicos e Meio Ambiente de Vila Velha - ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Aldary Nunes Júnior, sobre o procedimento: **desospitalização**.

I -RELATÓRIO

1. De acordo com a Inicial, o Requerido, de 55 anos, sofreu acidente automobilístico que resultou em sequelas gravíssimas, tornando-o completamente dependente de terceiros para exercer as atividades diárias. Está hospitalizado desde 25 de outubro de 2016, atualmente se encontra acamado, gastrostomizado, traqueostomizado, possuindo múltiplas sequelas neurológicas e impossibilitado de verbalizar. As relações familiares do Requerido são extremamente fragilizadas, não possui vínculo com os 03 filhos e com a ex-companheira. Atualmente, depende do auxílio de um grupo de amigos, que se mobiliza para prestar assistência relacionada aos cuidados do paciente. Assim, a



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

evidência da vulnerabilidade em que se encontra o Sr. Luiz tornou se necessário o ajuizamento da presente ação pelo Ministério Público visando o abrigo em residência inclusiva.

2. Às fls. 11183566 (1) consta ofício do HEAC (Hospital Estadual de Atenção Clínica), datado de 03/05/2021, encaminhada ao Ministério Público de Cariacica, solicitando a efetivação da alta hospitalar do Requerido.
3. Às fls. 11183566 (2 a 5) consta relatório multidisciplinar do HEAC, datado de 14/04/2021, informando que o Requerido está internado naquela instituição desde 26/10/2016, no entanto, segundo parecer médico, encontra-se em condições de receber alta hospitalar, e dar continuidade ao acompanhamento nível ambulatorial. Informa ainda que ele possui sequelas de trauma crânio encefálico devido a acidente automobilístico. É divorciado e tem 03 filhos sem vínculo afetivo com eles e portanto negam acolhê-lo. Possui apoio de amigos que custeiam a presença da cuidadora.
4. Às fls. 11183566 (28 a 30) consta relatório da Secretaria de Assistência Social de Vila Velha, datado de 30/07/2021, informando que entrou em contato com a ex-cunhada e ex-esposa do Requerido e que não conseguiu contato com os filhos. E que foram informadas que o Requerido recebe ajuda de amigos, mas que nenhum tem interesse em responsabilizar por ele. Por fim, alega que devido o Requerido não dispor de endereço no Município de Vila Velha, e portanto foge a abrangência de atuação e intervenção do CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social).
5. Às fls. 11183566 (43) consta laudo médico, do HEAC, sem data, informando que o Requerido apresente sequela de trauma cranioencefálico grave desde 2016 com múltiplas sequelas neurológicas, acamado, gastrostomizado, traqueostomizado, não verbaliza, porém gesticula e entende o que lhe é perguntado e obedece comandos. No momento encontra-se estável clinicamente, totalmente dependente de terceiros para as atividades de vida diária. Assinado pelo médico, Dr. Guilherme Henrique Fonseca Ribeiro, CRM ES 11035.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

II- ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. A **Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde 2006** – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. A **Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define **URGÊNCIA** como a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. **EMERGÊNCIA** como a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.
3. A **Portaria MPAS/SEAS Nº 73, de 10 de maio de 2001, institui normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil e define os dispositivos para atenção à pessoa idosa**, alguns deles estão descritos a seguir, com seus respectivos públicos-alvo.

Residência Temporária é um serviço em regime de internação temporária, público ou privado, de atendimento ao idoso dependente que requeira cuidados biopsicossociais sistematizados, no período máximo de 60 dias. **Público Alvo:** o idoso que recebeu alta hospitalar e não atende aos critérios de elegibilidade para a assistência domiciliaria



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

Centro Dia é um programa de atenção integral às pessoas idosas que por suas carências familiares e funcionais não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários; proporciona o atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso junto à família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso. Caracteriza-se por ser um espaço para atender idosos que possuem limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que convivem com suas famílias, porém, não dispõem de atendimento de tempo integral, no domicílio. Pode funcionar em espaço especificamente construído para esse fim, em espaço adaptado ou como um programa de um Centro de Convivência desde que disponha de pessoal qualificado para o atendimento adequado. **Público Alvo:** Idosos com algum grau de dependência e semi-dependentes que não têm condições de permanecer no seu domicílio e necessitam de cuidados médico-sociais.

Casa Lar é uma alternativa de atendimento que proporciona uma melhor convivência do idoso com a comunidade, contribuindo para sua maior participação, interação e autonomia. É uma residência participativa destinado a idosos que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para sua sobrevivência. Trata-se de uma modalidade de atendimento, que vem romper com as práticas tutelares e assistencialistas, visando o fortalecimento da participação, organização e autonomia dos idosos, utilizando sempre que possível a rede de serviços local. **Público Alvo:** Idosos independentes, e/ou semi-dependentes com habilidades para a vida em grupo e integração na comunidade, afastados do convívio familiar sem condições financeiras de arcar com o ônus integral de sua subsistência.

Assistência Domiciliar / Atendimento Domiciliar é aquele prestado à pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas a promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e de vizinhança. Caracteriza-se por ser um serviço de atendimento público ou privado a domicílio às pessoas idosas através de um programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, no qual se articulam uma rede de serviços e técnicas de intervenção



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

profissional focada em atenção à saúde, pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar, e interação com a comunidade. Pode ser de natureza permanente ou provisório, diurno e/ou noturno, para atendimento de idosos dependentes ou semi-dependentes, com ou sem recursos e mantendo ou não vínculo familiar. **Público Alvo:** idosos dependentes e semi-dependentes.

Atendimento Integral Institucional é aquele prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem famílias, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para este segmento social. Trata-se de estabelecimento com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos e mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõe de um quadro de recursos humanos para atender às necessidades de cuidados com assistência, saúde, alimentação higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades que garantam qualidade de vida. São exemplos de denominações: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica ancianato. Estes estabelecimentos poderão ser classificados segundo as modalidades, observando a especialização de atendimento em

Modalidade I: É a instituição destinada a idosos independentes para Atividades da Vida Diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por ex., andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene, etc. Capacidade máxima recomendada: 40 pessoas, com 70% de quartos para 4 idosos e 30% para 2 idosos.

Modalidade II: É a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Não serão aceitos idosos



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante. Capacidade máxima recomendada: 22 pessoas, com 50% de quartos para 4 idosos e 50% para 2 idosos.

Modalidade III: É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma Atividade da Vida Diária (AVD). Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. Capacidade máxima recomendada: 20 pessoas, com 70% de quartos para 2 idosos e 30% para 4 idosos. **Publico Alvo** Idosos dependentes e ou independentes em estado de vulnerabilidade social, com e ou sem vínculo familiar que não dispõe de condições de permanecer em sua família ou em seu domicílio.

4. **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: O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, com propósito de redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

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



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

– 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.

DA PATOLOGIA

1. No Brasil, no ano de 1989, a mortalidade por causas externas destacou-se como a terceira mais frequente causa de morte na população em geral, sendo superada somente pelas doenças do aparelho circulatório e pelas afecções mal definidas. Naqueles que morreram devido a causas externas, os acidentes de trânsito preponderaram, seguido pelo homicídio.
2. Dados e estimativas relacionadas a acidentes de trânsito no Brasil mostram que cerca de 50.000 pessoas morrem, 300.000 são feridas, em cerca de 1 milhão de acidentes de trânsito, por ano. Os prejuízos são de 4,5 milhões em danos materiais, tratamentos médicos, homens-hora de trabalho, indenizações e pensões.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

3. Vários estudos mostram que a incidência de trauma cranioencefálico (TCE) é bastante elevada em populações traumatizadas e, que o TCE é um agravante no prognóstico de vítimas de trauma. Desta forma, há uma constante indicação que o prognóstico do traumatizado, depende, frequentemente, da gravidade de suas lesões cranianas.
4. Os sintomas do traumatismo craniano dependem da força da pancada e da gravidade do acidente, no entanto, os mais comuns são sangramento na cabeça, ouvido ou rosto, desmaio, perda de memória, alterações na visão e olhos arroxeados.
5. As sequelas devido à lesão podem ser imediatas e incluir lesão axonal difusa, contusões corticais e o rompimento de pequenos vasos sanguíneos. Além disso, existem alterações secundárias, tais como, edema, hematomas, instabilidade hemodinâmica e hidrocefalia, que podem exacerbar ainda mais os prejuízos neurobiológicos e funcionais (National Institutes of Health, 1998). As dificuldades de processamento das atenções encontradas após um TCE estão em parte relacionadas a lesões nos lobos frontais, em particular na substância branca que conecta as regiões frontal, parietal e estriatal. Essas alterações resultam em dificuldade para focar em um objetivo, bem como em queixas frequentes de dificuldade de concentração e de lentidão de processamento (Chan, 2000; Dockreea et al., 2004; Perbal, Couillet, Azouvi, & Pouthas, 2003).

DO TRATAMENTO

1. O conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos da lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico é fundamental para o estabelecimento de medidas terapêuticas clínicas e cirúrgicas.
2. Para melhor compreensão, a fisiopatologia do TCE pode ser dividida nos seguintes



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

tópicos: I) mecanismos de morte celular, II) mecanismos de TCE e III) mecanismos de lesão cerebral após o TCE.

3. O tratamento deste tipo de trauma deve ser feito o quanto antes, pois quanto mais precoce forem realizados os procedimentos médicos, mais chances a pessoa tem de cura e menores são os riscos de sequelas, como perda dos movimentos das pernas, dificuldade de falar ou de enxergar. Em alguns casos, é necessário fazer reabilitação com fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo, para diminuir os efeitos negativos das sequelas e, desta forma, melhorar a qualidade de vida da pessoa que sofreu o traumatismo cranioencefálico.
4. O tratamento para traumatismo craniano depende do tipo, gravidade e extensão das lesões no cérebro e é indicado por um neurologista após a realização de tomografia computadorizada ou ressonância magnética. Nos casos mais leves, o médico poderá recomendar uso de medicamentos para dor, realização de sutura ou curativos, no caso de lesões cortantes, e um período de vigilância e observar se a pessoa não apresenta sinais e sintomas de gravidade, sendo possível ter alta hospitalar nas primeiras 12 horas, mantendo os remédios por via oral e observação.
5. No entanto, nos casos de traumatismo craniano moderado a grave, em que existem hemorragias, fraturas ou lesões cerebrais graves, poderá ser indicada cirurgia para aliviar a pressão na cabeça e reduzir o sangramento e, por isso, pode ser necessária a internação em UTI e a pessoa poderá ter que ficar muitos dias até que se recupere. Além disso, muitas vezes, pode-se justificar o coma induzido, que serve para diminuir a atividade cerebral, de forma a acelerar a recuperação.

DO PLEITO

1. **Desospitalização.**



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

III- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, trata-se de Requerido de 55 anos, internado no HEAC desde 26/10/2016, devido acidente automobilístico, apresenta sequela de trauma cranioencefálico com múltiplas sequelas neurológicas, acamado, gastrostomizado, traqueostomizado, não verbaliza, porém gesticula e entende o que lhe é perguntado e obedece comandos. No momento encontra-se estável clinicamente, e em condições de receber alta hospitalar, e dar continuidade ao acompanhamento nível ambulatorial. É divorciado e tem 03 filhos sem vínculo afetivo com eles e portanto negam acolhê-lo. Possui apoio de amigos que custeiam a presença da cuidadora.
2. No que diz respeito à saúde, a Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012 estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Alguns artigos dessa Portaria, transcreveremos a seguir:

Art. 2º Os Cuidados Prolongados poderão se organizar nas seguintes formas:

I - Unidade de Internação em Cuidados Prolongados como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou

II - Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP).

Art. 3º As UCP e HCP se constituem em uma estratégia de cuidado intermediária entre os cuidados hospitalares de caráter agudo e crônico reagudizado e a atenção básica, inclusive a atenção domiciliar, prévia ao retorno do usuário ao domicílio.

Art. 4º Os Cuidados Prolongados destinam-se a usuários em situação clínica estável, que necessitem de reabilitação e/ou adaptação a sequelas decorrentes de processo



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

clínico, cirúrgico ou traumatológico.

Art. 5º Os Cuidados Prolongados têm como objetivo geral a recuperação clínica e funcional, a avaliação e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total, e que não necessite de cuidados hospitalares em estágio agudo.

Parágrafo único. São considerados usuários em situação de perda de autonomia aqueles com limitações físicas, funcionais, neurológicas e/ou motoras, **restritos ao leito**, ou em qualquer condição clínica que indique a necessidade de cuidados prolongados em unidade hospitalar. **(grifo nosso)**

3. Desta forma este Núcleo entende que a solicitação de desospitalização para o Requerido não cabe à saúde, pois não se inclui em nenhum dos critérios definidos pela Portaria, inclusive está apto para alta hospitalar desde abril de 2021.
 4. Assim, este NAT compreende que o problema que está posto é de ordem social, isto é, o Requerido necessita de cuidados de terceiros para suas atividades diárias, e apesar do empenho da equipe de Assistência Social a família (ex-esposa e filhos) não o acolheu, sendo ajudado por amigos. Desta forma e conforme consta do relatório multidisciplinar do HEAC, o Requerido está apto para alta hospitalar e continuar o tratamento ambulatorial, entendemos que cabe a Secretaria Municipal de Serviço Social resolver a situação do Requerido.
-



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico

REFERÊNCIAS

Sousa, Regina M. C. de, Regis, Fabiane C. e Koizumi, Maria S. Traumatismo crânio-encefálico: diferenças das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor. Revista de Saúde Pública [online]. 1999, v. 33, n. 1 [Acessado 18 Janeiro 2022], pp. 85-94. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000100011>>. Epub 07 Ago 2001. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000100011>.

Sousa, Regina M. C. de, Regis, Fabiane C. e Koizumi, Maria S. Traumatismo crânio-encefálico: diferenças das vítimas pedestres e ocupantes de veículos a motor. Revista de Saúde Pública [online]. 1999, v. 33, n. 1 [Acessado 18 Janeiro 2022], pp. 85-94. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000100011>>. Epub 07 Ago 2001. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101999000100011>.

Andrade, Almir Ferreira de et al. Mecanismos de lesão cerebral no traumatismo cranioencefálico. Revista da Associação Médica Brasileira [online]. 2009, v. 55, n. 1 [Acessado 18 Janeiro 2022], pp. 75-81. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000100020>>. Epub 03 Abr 2009. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000100020>.