



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 0669/2022

Rio de Janeiro, 07 de abril de 2022.

Processo nº 0008387-21.2022.8.19.0004
ajuizado por [REDACTED]
representada por [REDACTED]

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas do **IV Juizado Especial de Fazenda Pública** da Comarca de Niterói do Estado do Rio de Janeiro, quanto ao serviço de *home care* [assistência multiprofissional médico (1x/mês), neurologista (1x/mês), técnico de enfermagem (24horas), enfermeiro (1x/mês), fisioterapeuta (3x/semana) e fonoaudiólogo (3x/semana)].

I – RELATÓRIO

1. De acordo com documento médico (fls. 26 e 27), emitido em impresso próprio pela médica [REDACTED] na data de 16 de março de 2022, a Autora, de 75 anos de idade, apresenta diagnóstico de **surdez** a mais de 43 anos (CID-10: H91). Em 2016 foi diagnosticada com **carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado e invasivo** (CID-10: C44.3), tendo realizado tratamento. Em 2021 foi diagnosticada com **Alzheimer** (CID-10: G30). Desde então, fica a maior parte do tempo **acamada e dependente de cuidados de terceiros para as suas atividades diárias** vitais, devido ao grau avançado de Alzheimer, além dos surtos de agressividade (CID-10: F23), das tentativas de fugir da sua residência e de realizar atividades que coloquem em risco a sua vida. À época da emissão do referido laudo, não estava interagindo, apresentando fala desconexa, hipotensa e com histórico de **constipação** frequente. Apresenta episódios de engasgo e recusa da alimentação, quando lhe é oferecida a dieta. Apresenta pontos hiperemiados na pele, devido a permanência em mesmo decúbito na maior parte do dia. Vem apresentando episódios de queda da própria altura, com relato de familiar que os associa à labirintite. Foi prescrita a assistência médica domiciliar para a realização das suas atividades e para minimizar o risco de complicações futuras. Necessita do serviço de *home care* com: **médico (1x/mês), neurologista (1x/mês), técnico de enfermagem (24horas), enfermeiro (1x/mês), fisioterapeuta (3x/semana) e fonoaudiólogo (3x/semana)**.

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 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 **surdez** é caracterizada como a redução ou ausência da capacidade de ouvir determinados sons e pode ser classificada em dois tipos: perda auditiva condutiva, que se dá geralmente por obstruções da orelha externa como, tampões de cera, infecções no canal do ouvido, tímpano com rotura ou perfurado; e perda auditiva neurosensorial, que compreende danos nas células ciliadas da cóclea. Sobre as causas, esta pode ser congênita, causada por rubéola gestacional, medicamento tomados pela gestante, hereditariedade e complicações no parto como a anóxia (fornecimento insuficiente de oxigênio), ou pode ser adquirida por consequência de otites de repetição na infância, mau uso de antibióticos e até viroses¹.

2. O **câncer** é uma enfermidade que se caracteriza pelo crescimento descontrolado, rápido e invasivo de células com alteração em seu material genético. Muitos fatores influenciam o

¹ MONTEIRO, R., et al. Surdez e Diagnóstico: narrativas de surdos adultos. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Vol. 32 n. esp., pp. 1-7. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ptp/a/JwGQVSPqRm7mWwNn359jvJz/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 abr. 2022.



desenvolvimento da doença, tanto os de causas externas (meio ambiente, hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural) como os de internas (geneticamente pré-determinadas), que resultam de eventos responsáveis por gerar mutações sucessivas no material genético das células, processo que pode ocorrer ao longo de décadas, em múltiplos estágios².

3. **Disfagia** é qualquer dificuldade na efetiva condução do alimento da boca até o estômago por meio das fases inter-relacionadas, comandadas por um complexo mecanismo neuromotor. É um sintoma que deve ser abordado interdisciplinarmente por médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas e enfermeiros, uma vez que cada profissional contribui de forma interdependente para a melhora do paciente. A disfagia pode levar à desnutrição e à desidratação por inadequação dietética e em razão da consistência dos alimentos³.

4. **Constipação** consiste em dor ou dificuldade para a passagem das fezes, fezes endurecidas ou sensação de evacuação incompleta. Constipação aguda sugere uma causa orgânica, enquanto constipação crônica pode ser orgânica ou funcional. O tratamento é feito por: descontinuação dos fármacos causadores (alguns podem ser necessários), aumento de fibras alimentares e possivelmente tentativa com breve curso de laxativos osmóticos⁴.

5. O paciente **restrito ao leito** (acamado) é o indivíduo que permanece numa situação de total dependência. Na maioria das vezes em consequência de sequelas de patologias neurológicas, cardiovasculares, pulmonares e ortopédicas. As sequelas mais comuns são as alterações do tônus muscular, as atrofia musculares e as deformidades articulares. Além disso, limitam e dificultam a higiene corporal, posicionamento e posturas adequadas, agravando ainda mais o estado do indivíduo⁵.

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^{6,7}.

² MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Consenso Nacional de Nutrição Oncológica. 2009. 126 p.

Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Consenso_Nutricao_internet.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2022.

³ Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos hospitalizados. Barueri, SP:

Minha Editora, 2011. 2011, 126p. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2022.

⁴ Manual MSD. Versão para profissionais de saúde. Constipação. Disponível em:

<<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbi%C3%B3s-gastrointestinais/sintomas-dos-dist%C3%BArbi%C3%B3s-gastrointestinais/constipa%C3%A7%C3%A3o?query=Constipa%C3%A7%C3%A3o%20em%20adultos>>. Acesso em: 07 abr. 2022.

⁵ KISNER, C; COLBY, L. A. Exercícios Terapêuticos Fundamentos e Técnicas. 3.ed. São Paulo: Manole, 2001. Disponível em:

<<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/32900/DEBORA%20NUNES%20DA%20SILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 07 abr. 2022.

⁶ 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: 07 abr. 2022.

⁷ 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: 07 abr. 2022.



III – CONCLUSÃO

1. 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.

2. De acordo com os documentos médicos apresentados, a Autora possui diagnóstico de **surdez, carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado e invasivo, bem como Alzheimer**. Assim, se trata de indivíduo que fica **a maior parte do tempo acamada** e dependente de cuidados de terceiros para as suas atividades **diárias vitais**, devido ao grau avançado de Alzheimer, além dos surtos de agressividade, constam tentativas de fugir da sua residência e de realizar atividades que coloquem em risco a sua vida. À época da emissão do referido laudo, não estava interagindo, apresentando fala desconexa, hipotensa e com histórico de **constipação** frequente. Apresenta episódios de engasgo e recusa da alimentação, quando lhe é oferecida a dieta. Apresenta pontos hiperemiados na pele, devido a permanência em mesmo decúbito na maior parte do dia. Vem apresentando episódios de queda da própria altura, com relato de familiar que os associa à labirintite.

3. Diante o exposto, não foram observados quais procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados em domicílio são necessários para o caso em tela. Insta esclarecer que **a ausência da descrição detalhada e fundamentada sobre os procedimentos assistenciais domiciliares necessários ao manejo da Autora, impossibilita a realização de inferência segura acerca da indicação do serviço de home care.**

4. Ademais, **este Núcleo também não identificou parâmetros técnicos, nos documentos médicos (fls. 26 e 27), que justificassem a necessidade de um profissional técnico de enfermagem, durante 24 horas, para a realização dos cuidados da Suplicante, visto que não foi identificada a prescrição de nenhum procedimento de caráter hospitalar**, passível de realização em domicílio.

5. Quanto à disponibilização dos itens ora pleiteados, no âmbito do SUS, informa-se que:

3.1. o serviço de home care e a assistência profissional de técnico de enfermagem nas 24 horas não integram nenhuma lista oficial de serviços para disponibilização através do SUS, no âmbito do município de São Gonçalo e do Estado do Rio de Janeiro.

- Assim, considerando que não existe política pública de saúde para dispensação deste serviço, salienta-se que **não há atribuição exclusiva do município de São Gonçalo ou do Estado do Rio de Janeiro** em fornecê-lo.

3.2. as consultas à nível ambulatorial e/ou domiciliar pelos profissionais **médico, enfermeiro, fisioterapeuta e fonoaudiólogo estão padronizadas no SUS**, conforme consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, com os seguintes nomes e códigos de procedimento: consulta/atendimento domiciliar (03.01.01.013-7), consulta/atendimento domiciliar na atenção especializada (03.01.01.016-1), consulta médica em atenção especializada (03.01.01.007-2), consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) (03.01.01.004-8), assistência domiciliar por equipe multiprofissional (03.01.05.002-3), assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada (03.01.05.003-1), atendimento fisioterapêutico nas alterações



motoras (03.02.05.002-7), atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas (03.02.06.001-4), atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor (03.02.06.003-0), atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas (03.02.04.002-1), terapia fonoaudiológica individual (03.01.07.011-3).

6. 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.

7. Elucida-se que o **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)** é uma modalidade de atenção à saúde integrada à 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 objetivo principal é a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidado, capacitando o cuidador para oferecer os cuidados diários do usuário.

8. Portanto, **sugere-se que a Autora seja avaliada pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**. Neste sentido, o representante legal da Autora deverá comparecer a unidade básica mais próxima de sua residência a fim de que sejam realizados encaminhamento e avaliação pelo SAD sobre a possibilidade de acompanhamento multidisciplinar regular da Requerente.

9. Destaca-se que a elegibilidade na Atenção Domiciliar no SUS considera critérios clínicos e administrativos/operacionais/legais para acesso. 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. Dentre os critérios é possível antecipar que a necessidade de profissional de enfermagem por 24 horas não é contemplada no SAD.

10. Ademais, informa-se que, de acordo com o site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os assuntos passíveis de registro são: alimentos, cosméticos, medicamentos e hemoderivados, produtos para a saúde e saneantes. Assim por se tratar de serviço de acompanhamento por equipe interdisciplinar e de fornecimento de equipamentos, medicamentos e insumos em domicílio, o objeto do pleito *home care* **não é passível de registro** na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

11. Adicionalmente, 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.

12. Insta ainda esclarecer que, as Portarias de Consolidação nº 2 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, dispõem sobre normatizações dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, não se aplicando ao caso em tela, visto que o pleito em questão não se trata de medicamento, mas de serviço para a saúde.

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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2022.



13. Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde⁹ **foram** encontrados o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Câncer de Cabeça e Pescoço, todavia, estes não contemplam o item pleiteado – *home care*.

14. Por fim, cabe esclarecer que o fornecimento de informações acerca de **custeio não consta no escopo de atuação deste Núcleo**.

É o parecer.

Ao IV Juizado Especial de Fazenda Pública da Comarca de Niterói do Estado 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. 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: 07 abr. 2022.