



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 2378/2022

Rio de Janeiro, 04 de outubro de 2022.

Processo nº 0825917-51.2022.9.19.0021,
ajuizado por [REDACTED]
representado por [REDACTED].

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da 5ª Vara Cível da Comarca de Duque de Caxias do Estado do Rio de Janeiro, quanto ao serviço *home care* (materiais: cama hospitalar elétrica, colchão pneumático, balão de oxigênio, fluxômetro e cateter nasal; fraldas geriátricas, absorvente geriátrico, luva procedimento, lenço umedecido, cadeira higiênica; profissionais: técnico de enfermagem 24 horas, supervisão de enfermagem, visita médica, nutricionista, fisioterapeuta; medicamentos: bimatoprost 0,3mg/mL (Lumigan®), cloridrato de dorzolamida 2% + maleato de timolol 0,5% (Dorzal MT®), tartarato de brimonidina 2mg/mL (Glaub®), alogliptina 25mg (Nesina®), losartana potássica 50mg (Corus®), anlodipino 5mg, mononitrato de isossorbida 20mg (Monocordil®), clopidogrel 75mg, ácido fólico 5mg, omeprazol 20mg, calcitriol 0,25mcg (Ostriol®), cinacalcete 30mg, ácido ascórbico 500mg, alfaepoetina 4000UI, sacarato de hidróxido férrico 100mg/5mL; dermocosmético: hidratante com pró-vitamina B5 (Bepantol® Derma); produtos para a saúde: Loção Oleosa à base de Ácidos Graxos Essencias e Vitaminas A e E (Dersani®) e suplemento alimentar: Nutren®).

I – RELATÓRIO

1. De acordo com documento médico em impresso não identificado (Num. 30722159 - Pág. 1), emitido em 16 de julho de 2022, pelo médico [REDACTED], o Autor, 76 anos de idade, é portador de **doença renal crônica dialítica**, realizando diálise 3 vezes na semana e **insuficiência cardíaca congestiva**. Por estar impossibilitado de deambular sem auxílio, o Autor é **totalmente dependente de terceiros para realização de higiene pessoal e alimentação por conta da fadiga**. História Patológica Progressiva (HPP): **diabetes não insulino-dependente, doença renal crônica, glaucoma, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva** com fração de ejeção de 40%, **acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, estenose aórtica**. Sendo informada a necessidade com urgência de serviço especializado *home care* por tempo indeterminado. Necessita dos seguintes itens:

- Materiais: cama hospitalar elétrica, colchão pneumático (para melhor conforto e mobilização do Autor), balão de oxigênio, fluxômetro e cateter nasal em caso de emergências respiratórias;
- Uso mensal: fraldas geriátricas (60 unidades), absorvente geriátrico (30 unidades), hidratante com pró-vitamina B5 (Bepantol® Derma) (2 bisnagas), Loção Oleosa à base de Ácidos Graxos Essencias e Vitaminas A e E (Dersani®) (2 unidades), luva procedimento (4 caixas), lenço umedecido (4 unidades), cadeira higiênica, Nutren® (2 latas para maior aporte calórico);
- Profissionais: técnico de enfermagem 24 horas, supervisão de enfermagem 1 vez ao mês, visita médica 1 vez ao mês e 24 horas disponível em emergências, nutricionista, fisioterapeuta 3 vezes na semana;



- Medicamentos mensais: via ocular - bimatoprost 0,3mg/mL (Lumigan[®]), cloridrato de dorzolamida 2% + maleato de timolol 0,5% (Dorzal MT[®]), tartarato de brimonidina 2mg/mL (Glaub[®]), alogliptina 25mg (Nesina[®]), losartana potássica 50mg (Corus[®]), anlodipino 5mg, mononitrato de isossorbida 20mg (Monocordil[®]), clopidogrel 75mg, ácido fólico 5mg, omeprazol 20mg, calcitriol 0,25mcg (Ostriol[®]), cinacalcete 30mg, ácido ascórbico 500mg, alfaepoetina 4000UI, sacarato de hidróxido férrico 100mg/5mL.

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 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.

DO QUADRO CLÍNICO

1. A **Doença Renal Crônica (DRC)** consiste em lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica – IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente. A fase terminal, ou fase V, da insuficiência renal crônica corresponde à faixa de função renal na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser compatível com a vida. Nesta fase, o paciente encontra-se intensamente sintomático. Suas opções terapêuticas são os métodos de depuração artificial do sangue (diálise peritoneal ou hemodiálise) ou o transplante renal¹.

2. Tem-se demonstrado que, na medida em que ocorre a perda da função renal, ocorre uma redução espontânea do consumo alimentar e consequente depleção do estado nutricional². Além disso, outras condições como distúrbios gastrointestinais, acidose metabólica, fatores associados ao procedimento dialítico, distúrbios hormonais e doenças associadas (diabetes mellitus, insuficiência cardíaca e infecções) podem também contribuir na gênese dessa desnutrição³.

3. A **Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC)** é uma síndrome clínica complexa, caracterizada por dispneia ao esforço, fadiga e, frequentemente, por edema periférico, resultantes de uma disfunção global. Embora o grau dessa disfunção possa ser quantificado através de métodos diagnósticos invasivos e não invasivos, a gravidade dos sintomas é difícil de ser avaliada devido a sua subjetividade. É uma doença progressiva e letal quando não tratada e, mesmo com os tratamentos existentes atualmente, os índices de mortalidade permanecem altos e a qualidade de vida é, em geral, significativamente comprometida⁴.

4. 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 atrofias musculares e as deformidades articulares. Além disso, limitam e dificultam a higiene corporal, posicionamento e posturas adequadas, agravando ainda mais o estado do indivíduo⁵.

5. O **diabetes mellitus (DM)** refere-se a um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum à hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção dela ou em ambas. Caracterizada pela deficiência de secreção da insulina e/ou

¹ JUNIOR, J.E.R. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 26 (3 suppl 1), n. 3, 2004. Disponível em: < https://bjnephrology.org/wp-content/uploads/2019/11/jbn_v26n3s1a02.pdf >. Acesso em: 29 set. 2022.

² CUPPARI, L; KAMIMURA, M. A. Avaliação nutricional na doença renal crônica: desafios na prática clínica. *J Bras Nefrol*, v. 31, n. Supl 1, p. 28-35, 2009. Disponível em: <http://arquivos.sbn.org.br/pdf/diretrizes/JBN_educacional_II/6-Cuppari.pdf>. Acesso em: 29 set. 2022.

³ VALENZUELA, R. G. V.; et al. Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no amazonas. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 49, n. 1, p. 72-78, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n1/15384.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2022.

⁴ KAMEL, C. S. et al. Insuficiência Cardíaca Congestiva. Correlação entre a Classe Funcional e as Funções Sistólica e Diastólica Avaliadas pela Ecocardiografia com Doppler. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 2, p. 127-131, 2001. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2001/7602/7602004.pdf>>. Acesso em: 29 set. 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: 29 set. 2022.



suu incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos. Alterações nos metabolismos lipídico e proteico são também frequentemente observados. A classificação atual do DM baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento, portanto os termos DM insulino-dependente e DM insulino-independente devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional⁶.

6. O **glaucoma** é uma neuropatia óptica de causa multifatorial, caracterizada pela lesão progressiva do nervo óptico, com conseqüente repercussão no campo visual. Apesar de poder cursar com pressões intraoculares consideradas dentro dos padrões da normalidade, a elevação da pressão intraocular é seu principal fator de risco.⁷ Nos casos não tratados, pode haver evolução para quadro grave caracterizado por nervo óptico escavado e atrófico e cegueira irreversível⁸. O glaucoma pode ser classificado da seguinte forma: glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA), glaucoma de pressão normal (GPN), glaucoma primário de ângulo fechado, glaucoma congênito e glaucoma secundário⁹.

7. A **hipertensão arterial (HA)** é uma doença crônica de condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais, caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva¹⁰.

8. O **acidente vascular encefálico (AVE)** ou acidente vascular cerebral (AVC) significa o comprometimento funcional neurológico. Suas formas podem ser isquêmicas (resultado da falência vasogênica para suprir adequadamente o tecido cerebral de oxigênio e substratos) ou hemorrágicas (resultado do extravasamento de sangue para dentro ou para o entorno das estruturas do sistema nervoso central)¹¹. O **AVE** provoca alterações e deixa **sequelas**, muitas vezes incapacitantes relacionadas à marcha, aos movimentos dos membros, à espasticidade, ao controle esfinteriano, à realização das atividades da vida diária, aos cuidados pessoais, à linguagem, à alimentação, à função cognitiva, à atividade sexual, à depressão, à atividade profissional, à condução de veículos e às atividades de lazer, podendo comprometer a vida dos indivíduos de forma intensa e global¹².

9. O termo **IAM (Infarto agudo do miocárdio)** deve ser utilizado quando há evidência de necrose miocárdica em um contexto clínico de isquemia com elevação de marcadores de necrose miocárdica (preferencialmente troponina) acima do percentil 99 do limite máximo de referência e, pelo menos, um dos seguintes parâmetros: 1) sintomas sugestivos de isquemia miocárdica; 2)

⁶ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2022.

⁷ URBANO, A.P. et al. Avaliação dos tipos de glaucoma no serviço de oftalmologia da UNICAMP. Arq. Bras. Oftalmol., v.66, n.1, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27492003000100012&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 29 set. 2022.

⁸ ABBAS, A.K.; KUMAR, V.; FAUSTO, N. Bases Patológicas das Doenças. Robbins & Cotran Patologia, 7ª ed., Ed. Elsevier, p. 1510, 2005.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1279, de 19 de novembro de 2013. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Glaucoma. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Glaucoma.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2022.

¹⁰ BARROSO, W.K.S.; RODRIGUES, C.L.S.; BORTOLOTO, L.A.; et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2022.

¹¹ CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. Revista Brasileira de Hipertensão, v.4, p.372-882, 2000. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/012.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2022.

¹² CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. E. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 5, p.666-672, São Paulo, set/out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000500011&tng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2022.



desenvolvimento de novas ondas Q no ECG; 3) novas ou presumivelmente novas alterações significativas no segmento ST, na onda T, ou BRE novo; 4) evidência, em exame de imagem, de perda de miocárdio viável ou de nova alteração segmentar de contratilidade ventricular; 5) identificação de trombo intracoronariano por angiografia ou necropsia. O diagnóstico diferencial entre IAM com ou sem supradesnível do segmento ST depende exclusivamente do aparecimento ou não deste tipo de alteração ao ECG; o diagnóstico diferencial do IAM sem supradesnível de ST e angina instável depende da presença (IAM sem supra) ou não (AI) de marcadores de necrose miocárdica elevados¹³.

10. A **estenose aórtica** é uma doença valvar que acomete a valva aórtica, e que se caracteriza pela obstrução à passagem do fluxo sanguíneo da via de saída do ventrículo esquerdo para a aorta. Tem como principais etiologias a doença reumática, degenerativa, também denominada aterosclerótica, e congênita. Qualquer que seja a causa da estenose aórtica, a via final é o processo de calcificação, e redução progressiva do orifício valvar. Em sua evolução, esta redução progressiva da área valvar determina hipertrofia ventricular esquerda (HVE), inicialmente com manutenção da função sistólica. O diagnóstico é baseado na anamnese, exame físico, e avaliação complementar. Na avaliação complementar, destaca-se o papel da ecocardiografia com Doppler. O tratamento definitivo da estenose aórtica grave, quando indicado, é cirúrgico, sendo que a o tratamento padrão, é a troca da valva aórtica por uma prótese, que pode ser biológica ou metálica. As principais indicações para o tratamento cirúrgico são para estenose aórtica grave em pacientes sintomáticos (dispneia, angina e síncope), em pacientes que serão submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica, em pacientes que serão submetidos à cirurgia em aorta ou outras valvas e em pacientes com disfunção sistólica ventricular¹⁴.

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^{15,16}.

III – CONCLUSÃO

1. Inicialmente cumpre destacar que, devido à **ausência da descrição detalhada e fundamentada sobre os procedimentos assistenciais domiciliares necessários ao manejo do Autor**, no documento médico anexado ao processo (Num. 30722159 - Pág. 1), **este Núcleo fica**

¹³ NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST. 2ª edição, 2007 - Atualização 2013/2014. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 102, n. 3, supl. 1. Março/2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2014/Diretriz_de_IAM.pdf>. Acesso em: 29 set. 2022.

¹⁴ KATZ, M.; TARASOUTCHI, F.; GRINBERG, M. Estenose aórtica grave em pacientes assintomáticos: o dilema do tratamento clínico versus cirúrgico. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95, n.4, 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001400019>. Acesso em: 29 set. 2022.

¹⁵ 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: 29 set. 2022.

¹⁶ 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: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a04.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2022.



impossibilitado de realizar uma inferência segura acerca da indicação do serviço de home care para o caso concreto do Requerente.

2. Ademais, **este Núcleo também não identificou parâmetros técnicos, no documento médico (Num. 30722159 - Pág. 1), que justificassem a necessidade de um profissional técnico de enfermagem, nas 24 horas, para a realização dos cuidados domiciliares do Suplicante, visto que não foi identificada a prescrição de nenhum procedimento estritamente hospitalar**, passível de realização em domicílio.

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

3.1. o serviço de **home care**; a **assistência profissional de técnico de enfermagem nas 24 horas por dia**; os equipamentos **cama hospitalar elétrica, colchão pneumático, balão de oxigênio, fluxômetro, cateter nasal; cadeira higiênica e o insumos fraldas geriátricas, absorvente geriátrico, luva procedimento, lenço umedecido – não integram** nenhuma lista oficial de serviços para disponibilização através do SUS, no âmbito do município e do Estado do Rio de Janeiro.

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

3.2. as **consultas à nível ambulatorial e/ou domiciliar** pelos profissionais **técnico de enfermagem, médico, enfermeiro, fisioterapeuta e nutricionista 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: **assistência domiciliar por profissional de nível médio** (03.01.05.005-8), **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) e **assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada** (03.01.05.003-1

3.3. **Suplemento nutricional (Nutren®)** – Cumpre informar que Nutren® se trata de uma linha de suplementos nutricionais que incluem diversas marcas (Nutren®1.0, Nutren®1.5, Nutren®2.0, Nutren® Just Protein, Nutren® Senior, Nutren® Fortify, Nutren® Fresh, Nutren® Active, Nutren® Beauty e Nutren® Protein), sendo importante a definição da opção prescrita, além da quantidade diária indicada (nº de colheres de sopa ou medidas por vez, nº de vezes ao dia) e previsão do período de uso. Para inferência individualizada sobre a indicação de uso e avaliação da adequação da quantidade prescrita (02 latas/mês) são necessárias também informações sobre os dados antropométricos (peso e estatura, aferidos ou estimados) e o consumo alimentar habitual (relação das refeições e alimentos ingeridos e suas quantidades ao longo de um dia habitual, e consistência da dieta) do Autor, avaliados pelo profissional de saúde assistente. Informa-se que suplementos alimentares industrializados **não integram** nenhuma lista para dispensação pelo SUS, no âmbito do município de Duque de Caxias e do estado do Rio de Janeiro.

3.4. **Cloridrato de dorzolamida 2% + maleato de timolol 0,5% (Dorzal MT®) [na forma associada], Alogliptina 25mg (Nesina®), ácido ascórbico 500mg e hidratante com pró-vitamina B5 (Bepantol® Derma) não estão padronizados** em nenhuma lista oficial de medicamentos (Componentes Básico, Estratégico e Especializado) para dispensação gratuita no SUS, no âmbito do município de Duque de Caxias e do Estado do Rio de Janeiro.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

3.5. Ácidos graxos essenciais 100mL (foi solicitado *Loção Oleosa à base de Ácidos Graxos Essencias e Vitaminas A e E (Dersani®)*), losartana potássica 50mg, anlodipino 5mg, mononitrato de isossorbida 20mg, ácido fólico 5mg, omeprazol 20mg **são fornecidos** pela Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, no âmbito da Atenção Básica, conforme REMUME deste município. Recomenda-se que a representante legal do Autor se dirija à unidade básica de saúde mais próxima de sua residência a fim de receber informações quanto ao acesso.

3.6. Clopidogrel 75mg é **fornecido** pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), conforme previsto no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) das Síndromes Coronarianas Agudas (Portaria SAS/MS nº 2994, de 13 de dezembro de 2011). O PCDT das Síndromes Coronarianas Agudas considera o uso do medicamento **Clopidogrel** – por 9 meses – em pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSSST) com implante de stent. Não é possível inferir, com as informações prestadas em documentos médicos acostados aos autos, se o Autor perfaz os critérios para receber esse medicamento por vias administrativas.

3.7. Bimatoprosta 0,3mg/mL, tartarato de brimonidina 2mg/mL, cloridrato de dorzolamida 2% e maleato de timolol 0,5% [na forma não associada] **estão padronizados no SUS**, conforme estabelecido pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Atenção ao Portador de Glaucoma, atualizado conforme Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 11, de 02 de abril de 2018, pelo Ministério da Saúde, sendo disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, conforme os critérios do PCDT.

3.8. Calcitriol 0,25mcg e cinacalcete 30mg **são disponibilizados** pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aos pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Distúrbio Mineral Ósseo na Doença Renal Crônica.

3.9. Alfaepoetina 4000UI e sacarato de hidróxido férrico 100mg/5mL **são disponibilizados** pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aos pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo da Anemia na Doença Renal Crônica.

- ✓ Em consulta realizada Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – HÓRUS, verificou-se que o Autor **está cadastrado** para o recebimento de Calcitriol 0,25mcg, cinacalcete 30mg, Alfaepoetina 4000UI e sacarato de hidróxido férrico 100mg/5mL. Para continuar a ter acesso pelas vias administrativas aos referidos medicamentos, o Autor ou representante legal deste deverá comparecer à Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais RioFarmes Duque de Caxias- CEAF para retirada e renovação de documentos.
- ✓ Quanto ao medicamentos fornecidos para o manejo de Glaucoma, Bimatoprosta 0,3mg/mL, tartarato de brimonidina 2mg/mL, cloridrato de dorzolamida 2% e maleato de timolol 0,5% [na forma não associada], verificou-se que o Autor **não possui cadastro** no CEAF para o recebimento destes fármacos.

4. Para ter acesso ao medicamento Bimatoprosta 0,3mg/mL, tartarato de brimonidina 2mg/mL, cloridrato de dorzolamida 2% e maleato de timolol 0,5% [na forma não associada], caso o Requerente perfaça os critérios de inclusão definidos pelo PCDT para o manejo de Glaucoma, após



análise médica, para ter acesso ao medicamento, o Requerente ou representante legal deste deverá efetuar cadastro no CEAF, comparecendo ao RIOFARMES Duque de Caxias – Farmácia Estadual de Medicamentos Especiais, sito na Rua Marechal Floriano, 586 A - Bairro 25 agosto, de 2ª à 6ª das 08:00 às 17:00 horas, portando: Original e Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento, Cópia do CPF, Cópia do Cartão Nacional de Saúde/SUS, Cópia do comprovante de residência, Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME), em 1 via, emitido a menos de 90 dias, Receita Médica em 2 vias, com a prescrição do medicamento feita pelo nome genérico do princípio ativo, emitida a menos de 90 dias (validade de 30 dias para medicamentos sob regime especial de controle – PT SVS/MS 344/98). *Observar que o laudo médico será substituído pelo Laudo de Solicitação que deverá conter a descrição do quadro clínico do paciente, menção expressa do diagnóstico, tendo como referência os critérios de inclusão previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT do Ministério da Saúde, nível de gravidade, relato de tratamentos anteriores (medicamentos e período de tratamento), emitido a menos de 90 dias e exames laboratoriais e de imagem previstos nos critérios de inclusão do PCDT.*

5. 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.

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

7. 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-las¹⁷.

8. Frente a todo o exposto, **sugere-se que a representante legal, do Autor, compareça à Unidade Básica de Saúde, mais próxima de sua residência, para solicitar encaminhamento ao SAD, para que seja avaliado o caso concreto, em questão, e a possibilidade de acompanhamento domiciliar do Requerente.**

9. 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 do paciente.**

10. Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde¹⁸ **foram** encontrados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença Renal Crônica, do Diabetes e do Glaucoma, todavia, estes não contemplam o serviço pleiteado – *home care*. Para as demais enfermidades do Autor (**hipertensão, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio**,

¹⁷ 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: 29 set. 2022.

¹⁸ 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: 29 set. 2022.



estenose aórtica) não foram encontrados PCDT. Assim como, em consulta ao sítio eletrônico da CONITEC¹⁹ (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) **não** foi encontrado nenhum posicionamento sobre recomendação de incorporação do serviço de *home care*.

É o parecer.

**À 5ª Vara Cível da Comarca de Duque de Caxias do Estado do Rio de Janeiro,
para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.**

TATIANA GUIMARÃES TRINDADE

Fisioterapeuta
CREFITO2/104506-F
Matr.: 74690

DANIELE REIS DA CUNHA

Nutricionista
CRN4 14100900
ID.5035482-5

VANESSA DA SILVA GOMES

Farmacêutica
CRF- RJ 11538
Mat.4.918.044-1

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

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

¹⁹ Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Disponível em: <<http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes#S>>. Acesso em: 29 set. 2022.