



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 1157/2023

Rio de Janeiro, 23 de maio de 2023.

Processo nº 0805529-35.2023.8.19.0008,
ajuizado por [REDACTED] representado
por [REDACTED]

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **3ª Vara Cível da Comarca de Belford Roxo** do Estado do Rio de Janeiro, quanto ao serviço de **home care e cuidados de enfermagem 24 horas**.

I – RELATÓRIO

1. Insta mencionar que para elaboração do presente parecer técnico foram considerados os documentos médicos mais recentes acostados aos autos, assim como os que guardam relação com o pleito.

2. De acordo com documentos médicos em impresso do Hospital Estadual Alberto Torres – HEAT (Num. 52566857 - Pág. 1 e Num. 52566873 - Pág. 1), data de emissão em 06 de março de 2023, pela médica pediatra [REDACTED] e documento fisioterapêutico da Policlínica Regional II em impresso da Secretaria de Saúde de Belford Roxo – SUS (Num. 52566860 - Pág. 1), não datado, emitido pelo fisioterapeuta Leandro Mendonça dos Santos Arantes (CREFITO2 097913-F), o Autor, 17 anos de idade, é portador de **distrofia muscular de Duchenne** (deleção dos éxons 47 a 51), totalmente dependente para atividades diárias, permanecendo restrito ao leito, não deambula e com necessidade de suporte ventilatório não invasivo (BiPAP). Informado ainda que o Autor permaneceu internado no CTI pediátrico do HEAT no período de 15/12/2019 a 15/01/2020, recebendo alta para cuidados e acompanhamento domiciliar, porém o mesmo não recebe nenhum tipo de suporte domiciliar multidisciplinar. Sendo relatada a importância do **acompanhamento regular domiciliar multiprofissional (home care)**, tendo em vista o caráter progressivo da doença e necessidade de tecnologias e cuidados específicos para manutenção da vida e qualidade do mesmo. Foram solicitados os seguintes insumos e medicamentos, uso regular mensal para o home care:

- insumos: filtro bacteriano HME – pediátrico Becare, fixador de cânula infantil 18 cm – 2 pacotes, luvas plásticas estéreis – 1 pacote, luvas plásticas - 1 pacote, lenços umedecidos - 2 pacotes por mês, sondas de aspiração traqueal nº 8 e 10 – 300 sondas por mês, gaze estéril – 60, fraldas geriátricas tamanho G – 6 por dia, 180/mês;
- medicamentos: deflazacorte 30mg – 2 frascos por mês, rapilax laxante - 1 frasco por mês, simeticona - 2 frascos por mês, captopril 25 mg – 2 caixas por mês, vitamina D gotas (3.000U) - - 2 frascos, sulfato de salbutamol puff 100 mcg – 2, soro fisiológico 500mL – 1 frasco, dersani loção cremosa – 3 frascos, pomada de nistatina com óxido de zinco – 2 tubos, brometo de ipatrópio – 1.



3. Foram citadas as Classificações Internacionais de Doenças (CID-10): **G40.0– Epilepsia e síndromes epilépticas idiopáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises de início focal, G71.0 – Distrofia muscular e F70.0 – Retardo mental leve, menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento.**

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 SAS/MS nº 185, de 05 de junho de 2001, que define a operacionalização e o financiamento dos procedimentos de reabilitação e da concessão de órteses e próteses e materiais auxiliares de locomoção, em seu artigo 5, inclui, quando necessário, a prescrição, avaliação, adequação, treinamento e acompanhamento da dispensação de órtese, prótese e/ou meios auxiliares de locomoção e orientação familiar.
4. A Portaria nº 1.272/GM/MS, de 25 de junho de 2013, inclui procedimentos de cadeira de rodas e adaptação postural em cadeira de rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde.
5. A Deliberação CIB-RJ nº 1273, de 15 de abril de 2011, aprova a Rede de Reabilitação Física do Estado do Rio de Janeiro.
6. A Deliberação CIB-RJ nº 6262 de 10 de setembro de 2020 repactua a grade de referência da rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do estado do rio de janeiro
7. 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. **Distrofias musculares** são doenças geneticamente determinadas, que cursam com fraqueza muscular progressiva, degeneração e atrofia da musculatura esquelética. Sua patogenia é cada vez mais conhecida e sua classificação obedece a critérios como tipo de herança, curso e gravidade da fraqueza muscular, grupo muscular inicialmente envolvido e idade de início das manifestações clínicas. As mais frequentes representantes deste grupo de doenças são a **Distrofia Muscular do tipo Duchenne** e a Distrofia Muscular do tipo Becker¹.

2. A **distrofia muscular de Duchenne** é a forma mais comum das miopatias e faz parte das distrofias *X-linked* recessivas; 70% são herdados via mãe portadora heterozigótica não sintomática, e 30% são herdados por mutações alélicas do mesmo *locus*. Trata-se de uma afecção crônica, de acometimento simétrico, sem períodos de reagudização, mas com evolução para invalidez e o êxito letal por volta da segunda década de vida. É uma doença progressiva devido às condições peculiares das fibras musculares, que sofrem lesão durante suas contrações nas atividades físicas habituais devido à ausência de distrofina – proteína que fornece reforço mecânico à superfície da membrana celular durante a atividade física de alongamento e encurtamento. Nas várias fases da doença ocorrem dificuldades na locomoção, principalmente na subida e na descida de escadas e rampas, e tardiamente na execução de transferências. Na fase avançada, podem sobrevir complicações cardíacas e pulmonares, geralmente responsáveis pelo êxito letal².

¹ GAVI, M.B.R.O. et al. Distrofia muscular de Becker. Relato de caso e revisão de literatura. Acta Fisiátrica, v. 3, n.3, 1996, p. 18-23.

Disponível em: <

² Santos, N.M. et al. Perfil clínico e funcional dos pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne assistidos na Associação Brasileira de Distrofia Muscular (ABDIM). Revista Neurociências, v.14, n.1, jan./mar.2006, p.15-22, 2006. Disponível em: <



3. A **Epilepsia** é uma doença cerebral crônica causada por diversas etiologias e caracterizada pela recorrência de crises epiléticas não provocadas. Esta condição tem consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais e prejudica diretamente a qualidade de vida do indivíduo afetado. As epilepsias podem ser classificadas segundo dois grandes eixos: topográfico e etiológico; no eixo topográfico, as epilepsias são separadas em generalizadas e focais; no eixo etiológico, são divididas em idiopáticas (sem lesão estrutural subjacente), sintomáticas (com lesão) ou criptogênicas (presumivelmente sintomáticas, mas sem uma lesão aos exames de imagem disponíveis no momento)³.

4. **Retardo mental** pode ser definido como um funcionamento intelectual subnormal que se origina durante o período de desenvolvimento. Possui múltiplas etiologias potenciais, incluindo defeitos genéticos e lesões perinatais. As pontuações do quociente de inteligência (QI) são comumente utilizadas para determinar se um indivíduo possui deficiência intelectual. As pontuações de QI entre 70 e 79 estão na margem da faixa de retardo mental. As pontuações abaixo de 67 estão na faixa de retardo⁴.

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.

6. 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 prolongada⁶.

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

<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2006/RN%2014%2001/Pages%20from%20RN%2014%2001-3.pdf>>. Acesso em: 23 mai. 2023.

³ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº17 de 27 de junho de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Epilepsia. Disponível em: <http://conitec.gov.br/imagens/Protocolos/PCDT_Epilepsia_2019.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2023.

⁴ BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Descritores em Ciências da Saúde. Retardo Mental. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&tree_id=C10.597.606.643.220&term=s%3ADndrome+de+dow&tree_id=C10.597.606.643&term=retardo+me>. Acesso em: 23 mai. 2023.

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: 23 mai. 2023.

⁶ 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: <<https://www.revistas.usp.br/rmp/article/view/47337>>. Acesso em: 23 mai. 2023.



utilização de equipamentos de tecnologia avançada, podendo ou não estar atrelada a uma maior periodicidade no acompanhamento do paciente^{7,8}.

III – CONCLUSÃO

1. Inicialmente, cumpre esclarecer que em petição inicial consta o pedido do serviço de *home care* e **cuidados de enfermagem 24 horas** (Num. 52566089 - Pág. 7). Entretanto, em documento médico acostado (Num. 52566873 - Pág. 1) é prescrito ao Autor o **acompanhamento regular domiciliar multiprofissional (*home care*)**, sem menção de **enfermagem 24 horas**. Sendo assim, este Núcleo irá abordar somente sobre os itens que receberão indicação/solicitação pelo médico assistente.
2. O serviço de *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.
3. Assim, considerando as informações prestadas nos documentos médicos analisados, entende-se que o serviço de *home care* **está indicado** ao manejo do quadro clínico que acomete o Autor (Num. 52566873 - Pág. 1) e (Num. 52566860 - Pág. 1).
4. Quanto à disponibilização dos itens, no âmbito do SUS, informa-se que:
 - 2.1. o serviço de *home care* não integra nenhuma lista oficial de serviços para disponibilização através do SUS, no âmbito do município de Belford Roxo e do Estado do Rio de Janeiro;
 - 2.2. assistência multiprofissional domiciliar está padronizada 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 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).
5. Vale ressaltar que 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 à Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de

⁷ 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: 23 mai. 2023.

⁸ 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: 23 mai. 2023.



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. Dessa forma, o acesso aos serviços habilitados para o caso em tela ocorre com a inserção da demanda junto ao sistema de regulação. Cumpre salientar que a Política Nacional de Regulação, está organizada em três dimensões integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde⁹.

8. No intuito de identificar o correto encaminhamento do Autor nos sistemas de regulação, este Núcleo consultou o **SER** e **SISREG**, porém não foi verificada situação sobre a inclusão do Autor em **serviço de assistência pelo Programa de Atenção Domiciliar**¹⁰.

9. Diante o exposto, sugere-se que o Autor seja avaliado pelo **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**. Nesse sentido, para acesso e avaliação recomenda-se que a representante legal do Autor comparecera a uma unidade básica de saúde mais próxima de sua residência, a fim de obter informações acerca do encaminhamento do mesmo para avaliação pelo **SAD** sobre a possibilidade de acompanhamento multidisciplinar regular do Requerente.

10. 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-las¹¹.

11. 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.

12. Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde¹² não foi encontrado Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), para a enfermidade do Autor - **distrofia muscular de Duchenne**.

13. Assim como, em consulta ao sítio eletrônico da CONITEC¹³ (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) **não** foi encontrado nenhum posicionamento sobre recomendação de incorporação do serviço de *home care*.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Regulação. Gestão do SUS. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/regulacao>>. Acesso em: 23 mai. 2023.

¹⁰ SISREG. Sistema de Regulação. Consulta de Solicitações Ambulatoriais. Disponível em: <<https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index>>. Acesso em: 23 mai. 2023.

¹¹ 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: 23 mai. 2023.

¹² 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: 23 mai. 2023.

¹³ 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: 23 mai. 2023.



14. 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.

15. Vale ressaltar que de acordo com a **Portaria nº 370, de 04 de julho de 2008**, a **distrofia muscular de Duchenne**, patologia do Autor, encontra-se no rol das doenças contempladas pelo Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares. Consta segundo a Portaria, Art. 3º - Estabelecer que as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema adotem as providências necessárias à organização e implantação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares, devendo para tanto: cadastrar os pacientes portadores de doenças neuromusculares definidas no Anexo I desta Portaria; identificar aqueles pacientes em que a utilização de ventilação nasal intermitente de pressão positiva esteja indicada; identificar e cadastrar serviços de saúde aptos a realizar a manutenção e acompanhamento domiciliar destes pacientes; viabilizar a manutenção e acompanhamento domiciliar dos pacientes; estabelecer fluxos e mecanismos de referência e contrarreferência; zelar pela adequada utilização das Indicações Clínicas para a utilização de ventilação não invasiva em pacientes portadores de doenças neuromusculares, definidas no Anexo II desta Portaria; e efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o adequado desenvolvimento das atividades previstas no Programa.

É o parecer.

À 3ª Vara Cível da Comarca de Belford Roxo do Estado do Rio de Janeiro para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

TATIANA GUIMARÃES TRINDADE

Fisioterapeuta
CREFITO2/104506-F
Matr.: 74690

RAMIRO MARCELINO RODRIGUES DA SILVA

Assistente de Coordenação
ID. 5.123.948-5
MAT. 3151705-5

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

Assessor-chefe
CRF-RJ 10.277
ID. 4.364.750-2