



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 1561/2022

Rio de Janeiro, 18 de julho de 2022.

Processo nº 0038914-65.2022.8.19.0000
ajuizado por

representada por

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **1ª Câmara Cível** do Estado do Rio de Janeiro, quanto ao serviço de **home care** [assistência multiprofissional técnico de enfermagem (24horas/dia), médico (1x/mês), enfermeiro (2x/mês), fisioterapeuta (5x/semana) e psicólogo (1x/semana); insumo luvas de procedimento; antissépticos Álcool gel e Álcool 70%; medicamentos Losartana potássica 25mg (Aradois®), Cloridrato de Diltiazem 90mg cápsulas de liberação prolongada (Cardizem® SR), Divalproato de Sódio 500mg comprimido revestido de liberação prolongada (Divalcon® ER), Cloridrato de Imipramina 25mg, Rivaroxabana 20mg (Xarelto®), Furosemida 40mg + Cloreto de potássio 100mg (Hidrion®) e Budesonida 400mcg (Miflonide®)].

I – RELATÓRIO

1. Para a elaboração deste parecer técnico foram analisados a petição inicial e os documentos médicos anexados ao processo originário, visto que o presente processo se trata de Agravo de Instrumento, no qual não constam tais documentos.

2. Foi considerado o documento médico mais recente, acostado ao processo originário (fl. 125), emitido em impresso próprio pelo médico , na data de 08 de abril de 2022, onde consta que a Autora, de 78 anos de idade, apresenta diagnóstico de **hipertensão arterial, insuficiência ventricular esquerda, flutter atrial, epilepsia, mal de Alzheimer e asma brônquica**. Apresenta também anormalidades na marcha com risco de queda, tendo previamente episódio de **fratura de quadril esquerdo**, sendo necessária a realização de cirurgia de osteossíntese metálica no dia 23 de setembro de 2021. Encontra-se em uso regular de **Losartana potássica 25mg** (Aradois®), **Cloridrato de Diltiazem 90mg** cápsulas de liberação prolongada (Cardizem® SR), **Divalproato de Sódio 500mg** comprimido revestido de liberação prolongada (Divalcon® ER), **Cloridrato de Imipramina 25mg**, **Rivaroxabana 20mg** (Xarelto®), **Furosemida 40mg + Cloreto de potássio 100mg** (Hidrion®) e **Budesonida 400mcg** (Miflonide®). Ao exame: quadro de **dispneia aos pequenos esforços**, **edema de membros inferiores** e com **dificuldade de coordenação de marcha** por meios próprios, necessitando de apoio humano. Foram solicitados: **home care** [assistência multiprofissional técnico de enfermagem (24horas/dia), médico (1x/mês), enfermeiro (2x/mês), fisioterapeuta (5x/semana) e psicólogo (1x/semana); insumo luvas de procedimento; antissépticos Álcool gel e Álcool 70%; e os medicamentos supramencionados].

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.

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

5. A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe, também, sobre a organização da assistência farmacêutica em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado. E, define as normas para o financiamento dos componentes estratégico e especializado da assistência farmacêutica.



6. A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, estabelece, inclusive, as normas de financiamento e de execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
7. A Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, institui o Programa Previne Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
8. A Deliberação CIB-RJ nº 1.589, de 09 de fevereiro de 2012 relaciona os medicamentos disponíveis no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e/ou Municípios definindo a Relação Estadual dos Medicamentos Essenciais (REME-RJ).
9. A Deliberação CIB-RJ nº 5.743 de 14 de março de 2019 dispõe sobre as normas de execução e financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS no Estado do Rio de Janeiro e, em seu artigo 4º, estabelece o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos Essenciais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro.
10. A Deliberação CIB-RJ nº 6.059 de 09 de janeiro de 2020 atualiza a Deliberação CIB nº 5.743 de 14 de março de 2019, no que tange aos repasses de recursos da União destinados ao Componente Básico da Assistência farmacêutica.
11. No tocante ao Município de Teresópolis, em consonância com as legislações supramencionadas, esse definiu o seu elenco de medicamentos, a saber, Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, REMUME – Teresópolis 2019-2021 conforme Portaria SMS/GS nº 017/2019.
12. Os medicamentos Divalproato de Sódio e Cloridrato de Imipramina 25mg, estão sujeitos a controle especial, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, e suas atualizações. Portanto, a dispensação destes está condicionada à apresentação de receituário adequado.

DO QUADRO CLÍNICO

1. A **hipertensão arterial sistêmica (HAS)** é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg¹.
2. A **insuficiência cardíaca** é uma síndrome clínica decorrente da disfunção do coração em suprir as necessidades metabólicas teciduais de maneira adequada, ou só as realizando após elevação das pressões de enchimento ventricular e atrial. Pode ser resultante da disfunção sistólica e/ou diastólica ou de ambas, comprometendo uma ou mais câmaras cardíacas. Na disfunção sistólica predomina a redução da contractilidade miocárdica, podendo ser resultante de: lesão miocárdica primária ou sobrecargas de pressão e de volume. Na disfunção diastólica observamos distúrbios do enchimento ventricular, devidos: a alteração do relaxamento, ou a redução da complacência (por

¹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95, n.1, supl.1, p.1-51, 2010, 57 p. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.



aumento da rigidez da câmara) ou por interferência mecânica no desempenho da função ventricular na diástole².

3. A **hipertrofia ventricular esquerda (HVE)** é uma complicação comum em pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e responsável, em parte, pelo aumento do risco cardiovascular nesses pacientes. A alteração miocárdica mais comum é a produção excessiva de colágeno pelos fibroblastos, principalmente colágeno tipo I e tipo III. Mecanismos complexos ainda não totalmente estabelecidos estão envolvidos no aumento da massa ventricular esquerda. Fatores hemodinâmicos diretamente relacionados à pressão arterial e fatores genéticos e não-hemodinâmicos, tais como gênero, raça, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, hormônio de crescimento e insulina, também parecem contribuir com a hipertrofia ventricular esquerda³.

4. A **fibrilação atrial (FA)** é uma arritmia supraventricular em que ocorre uma completa desorganização na atividade elétrica atrial, fazendo com que os átrios percam sua capacidade de contração, não gerando sístole atrial. É a arritmia cardíaca sustentada mais frequente. O **flutter atrial** apresenta características eletrocardiográficas típicas. Diferencia-se da fibrilação atrial pela regularidade das ondas P e da taquicardia atrial, pela frequência atrial, caracteristicamente em torno de 300bpm. Em geral o bloqueio se faz 2:1 e a frequência cardíaca é de 150bpm. O flutter atrial pode ocorrer em indivíduos com coração estruturalmente normal, mas é mais frequente em pacientes com aumento do átrio direito. Está associado à doença pulmonar obstrutiva crônica, doença valvar mitral e tricúspide, tireotoxicose, pós-operatório recente das cirurgias cardíacas e tardio nos indivíduos submetidos a incisões atriais. O significado clínico do **flutter** atrial está relacionado à frequência cardíaca elevada, podendo levar ao quadro de taquicardiomiopatia. Pode favorecer a formação de trombos nos átrios e provocar embolia pulmonar ou sistêmica⁴.

5. 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 afetado⁵. As epilepsias podem ser classificadas de acordo com a etiologia, idade de início das crises, topografia das descargas elétricas, manifestações clínicas, achados eletroencefalográficos ou tipos de crises. A classificação mais usada é a proposta pela Liga Internacional contra a Epilepsia e baseia-se no tipo de crise clínica e no padrão eletroencefalográfico ictal (durante as crises) e interictal (entre as crises). Assim, são classificadas como: crises parciais ou focais, que decorrem de descarga neuronal excessiva numa região cortical localizada, representada pelo foco epilético, geralmente tônico-clônicas, podendo ser subdivididas em parcial simples, parcial complexa e parcial com generalização secundária; crises generalizadas, que se caracterizam pelo envolvimento simultâneo de todo o córtex, desde o início do quadro, e crises inclassificáveis, quando os elementos clínicos e laboratoriais disponíveis não permitem sua diferenciação em focal ou generalizada⁶.

6. A **Doença de Alzheimer** é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. Esta

² Insuficiência Cardíaca: Definição. I Consenso Sobre Maneuseio Terapêutico da Insuficiência Cardíaca – SOCERJ. Disponível em: <<http://sociedades.cardiol.br/socerj/area-cientifica/insuficiencia.asp>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

³ PIMENTA, E. Estímulos para o desenvolvimento da hipertrofia ventricular esquerda. Rev Bras Hipertens, pp. 66-70, 2008. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/15-2/06-estimulos.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

⁴ KLEIN, F. et al. Fibrilação atrial na unidade cardiointensiva: Como eu trato. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, 8(2). Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=178>. Acesso em: 15 jul. 2022.

⁵ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 17 de 27 de junho de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Epilepsia. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/PCDT_Epilepsia_2019.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

⁶ LORENZATO, R.Z.; et al. Epilepsia e gravidez: evolução e repercussões. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 24, n. 8, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n8/a04v24n8.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2022.



patologia se instala, em geral, de modo insidioso e se desenvolve lenta e continuamente por vários anos⁷. À medida que a doença progride, o paciente passa a ter dificuldades para desempenhar tarefas simples, como utilizar utensílios domésticos, vestir-se, cuidar da própria higiene e alimentação. Na fase final, o idoso apresenta distúrbios graves de linguagem e fica restrito ao leito⁸.

7. A **Asma** é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores. Clinicamente, caracteriza-se por aumento da responsividade das vias aéreas a variados estímulos, com conseqüente obstrução ao fluxo aéreo, de caráter recorrente e tipicamente reversível⁹. Manifesta-se por episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã, ao despertar. Resulta de uma interação entre carga genética, exposição ambiental a alérgenos e irritantes, e outros fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas¹⁰. Os principais fatores externos associados ao desenvolvimento de asma são os alérgenos inaláveis e os vírus respiratórios. Poluentes ambientais como a fumaça de cigarro, gases e poluentes particulados em suspensão no ar, também parecem atuar como fatores promotores ou facilitadores da sensibilização aos alérgenos e da hiperresponsividade brônquica em indivíduos predispostos. A hiperresponsividade brônquica característica da asma é inespecífica, fazendo com que o paciente asmático esteja sujeito ao desencadeamento de crises por fatores específicos (ou alérgicos) e inespecíficos (ou não alérgicos)¹¹.

8. As **fraturas** são o resultado tanto de traumas quanto da diminuição da resistência do osso. O trauma depende dos fatores relacionados à queda e à força do impacto, enquanto que a resistência dependerá tanto da densidade (quantidade de osso) quanto da qualidade do osso¹².

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^{13,14}.

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/465660-17-10-MINUTA-de-Portaria-Conjunta-PCDT-Alzheimer-27-11-2017---COMPLETA.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

⁸ INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Influência da doença de Alzheimer na percepção de qualidade de vida do idoso. Revista da Escola de Enfermagem, v. 44, n. 4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/34.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1317, de 25 de novembro de 2013 (alterado pela Portaria SAS/MS nº 603 de 21 de julho de 2014). Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/22/PT-SAS-N---1317-alterado-pela-603-de-21-de-julho-de-2014.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

¹⁰ IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 32 (Supl 7):S 447-S 474, 2006. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/detalhe_suplemento.asp?id=39>. Acesso em: 15 jul. 2022.

¹¹ SILVA, E.C.F. Asma brônquica. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto - UERJ, v.7, n.2, ano 7, 2008. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9249/7141>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

¹² PLAPLER, P.G. Osteoporose. In: LIANZA, S. Medicina de Reabilitação. Editora Guanabara Koogan, 4ª edição. Rio de Janeiro, 2007.

¹³ 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: 15 jul. 2022.

¹⁴ 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: 15 jul. 2022.



III – CONCLUSÃO

1. 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.
2. É importante destacar que o documento médico analisado (fl. 125) consta que a Autora, de 78 anos de idade, apresenta diagnóstico de hipertensão arterial, insuficiência ventricular esquerda, flutter atrial, epilepsia, mal de Alzheimer e asma brônquica. Apresenta também anormalidades na marcha com risco de queda, tendo previamente episódio de fratura de quadril esquerdo, sendo necessária a realização de cirurgia de osteossíntese metálica no dia 23 de setembro de 2021. Ao exame: quadro de dispneia aos pequenos esforços, edema de membros inferiores e com dificuldade de coordenação de marcha por meios próprios, necessitando de apoio humano.
3. Nesse sentido, informa-se que, devido à **ausência** da descrição detalhada e fundamentada sobre quais são os procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados em domicílio são necessários, bem como os **parâmetros técnicos que justifiquem a necessidade de um profissional técnico de enfermagem durante 24 horas**, este Núcleo fica impossibilitado de realizar uma inferência segura acerca da indicação do serviço de *home care* para o caso concreto da Requerente.
4. Considerando o exposto, não foram correlacionadas ao quadro clínico ou não há clareza nas prescrições dos seguintes itens: médico (1x/mês), enfermeiro (2x/mês), fisioterapeuta (5x/semana) e psicólogo (1x/semana); insumo luvas de procedimento e antissépticos Álcool gel e Álcool 70%.
5. Quanto aos medicamentos prescritos, considerando que a disponibilidade ambulatorial de medicamentos no SUS ocorre por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica, sendo: Componente Básico, Componente Estratégico e Componente Especializado, que possuem características, forma de organização, financiamento e elenco de medicamentos diferenciados entre si, bem como critérios distintos para o acesso e a disponibilização destes medicamentos, segue abaixo análise sobre a possibilidade de acesso.
6. O medicamento **Cloridrato de Imipramina 25mg é padronizado** pela Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, conforme sua REMUME. Dessa forma, a representante legal da Autora deverá dirigir-se à unidade básica de saúde mais próxima de sua residência a fim de receber as informações com relação ao fornecimento.
7. O medicamento **Budesonida 200mcg** (à Autora foi prescrito **Budesonida 400mcg** (*Miflonide*[®])) – **é disponibilizada** pela SES-RJ no CEAF, aos pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão do Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo da Asma¹⁵. Portanto, **recomenda-se que o médico assistente avalie o uso pela Autora do medicamento padronizado no SUS para o tratamento da Asma**.
8. Para receber o medicamento padronizado para o tratamento da **Asma** (Budesonida 200mcg), perfazendo a Requerente os critérios do referido PCDT, sua representante legal deverá **efetuar cadastro junto ao CEAF**, comparecendo à Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis – Divisão de Farmácia, sito na Rua Júlio Rosa, 366 – Tijuca, tel. (21) 2741-1925, munida da seguinte documentação: Original e Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento, Cópia

¹⁵BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta Nº 14, de 24 de agosto de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Asma. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Protocolos/20210830_PCDT_Asma_PT14.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2022.



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. *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.*

9. Os medicamentos Losartana potássica na concentração de 25mg (Aradois[®]), Clo-ridrato de Diltiazem na apresentação 90mg cápsulas de liberação prolongada (Cardizem[®] SR), Divalproato de Sódio 500mg comprimido revestido de liberação prolongada (Divalcon[®] ER), Rivaroxabana 20mg (Xarelto[®]) e Furosemida 40mg + Cloreto de potássio 100mg (Hidrion[®]) **não integram** nenhuma lista oficial de medicamentos (Componentes Básico, Estratégico e Especializado) para dispensação no SUS, no âmbito do município de Teresópolis e do Estado do Rio de Janeiro.

10. 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.

11. 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.

12. 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-las¹⁶.

13. Frente a todo o exposto, sugere-se que a Representante Legal, da Autora, 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 da Requerente.

14. 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.

15. Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde¹⁷ **foram** encontrados os Protocolos Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção

¹⁶ 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://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

¹⁷ 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: 15 jul. 2022.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

Reduzida, da Epilepsia, da Doença de Alzheimer, da Asma e da Fratura do Colo do Fêmur em Idosos,
todavia, estes não contemplam o serviço pleiteado – *home care*.

É o parecer.

À 1ª Câmara Cível 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

ALINE ROCHA S. SILVA

Farmacêutica
CRF-RJ 14.429
ID. 4357788-1

**RAMIRO MARCELINO
RODRIGUES DA SILVA**

Assistente de Coordenação
ID. 512.3948-5
MAT. 3151705-5

ALINE PEREIRA DA SILVA

Farmacêutica
CRF- RJ 13065
ID. 4.391.364-4

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

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