



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

**PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 0040/2021**

Rio de Janeiro, 26 de janeiro de 2021.

Processo nº 5000064-06.2021.4.02.5105,  
ajuizado por [REDACTED]  
[REDACTED] representado por [REDACTED]  
[REDACTED]

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da 1ª Vara Federal de Nova Friburgo, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao serviço de *home care*.

## **I – RELATÓRIO**

1. De acordo com os documentos médicos (Evento 1\_ANEXO5\_Páginas 6 e 9) do Programa Melhor em Casa, emitidos em 24 de setembro de 2020, pela médica [REDACTED] o Autor, 44 anos, é acompanhado no domicílio pelo referido programa desde 17 de setembro de 2020. Apresenta diagnóstico de **acidente vascular encefálico (AVE) hemorrágico extenso**, com sinais de **hipertensão intracraniana** e **área isquêmica associada**, **hipertensão arterial** crônica com interrupção do tratamento, **trombose venosa profunda** e **celulite** em **membro esquerdo inferior já tratado**. **Acamado**, não interage, abertura ocular espontânea, **traqueostomizado** e em uso de oxigênio (O<sub>2</sub>) domiciliar. Alimenta-se por **gastrostomia** e faz uso diário de fraldas descartáveis. Incapaz de mobilizar-se sozinho no leito, apresenta **eritema em olho direito**, fazendo uso contínuo de **Lágrima**, portador de **lesões em cotovelo esquerdo**, **nuca**, **região dorsal (tórax)** e **região sacra**. Apresenta dependência total para a realização de atividades básicas de vida diária. Utiliza colchão pneumático, BIPAP, aspirador, oxímetro e monitor cardíaco. Requer suporte de **cuidador em tempo integral**. Foi participado que o Autor está em uso de: Omeprazol 20mg de 12/12 horas, Dipirona 1g de 06/06 horas, Bromoprida (SOS), Fenitoína 100mg (Hidantal®) de 08/08 horas, Ácido Fólico 5mg 01 comprimido ao dia; Valproato de Sódio 500mg (Depakote®) 12/12 horas, Acetilcisteína 600mg (Fluimucil®) 01 vez ao dia, Sulfato Ferroso 01 comprimido ao dia, Prednisona 20mg ½ comprimido ao dia, Fumarato de Formoterol di-hidratado + Budesonida 6/200mcg (Symbicort®) 01 *puff* 06/06 horas, colírio **Lágrima**. Foram mencionadas as seguintes Classificações Internacionais de Doenças (CID-10): **I10 – Hipertensão essencial (primária)**, **I80.2 – Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores**, **I61.9 – Hemorragia intracerebral não especificada** e **G45.8 – Outros acidentes isquêmicos cerebrais transitórios e síndromes correlatas**.

## **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.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

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. O termo acidente vascular cerebral (AVC) ou ainda **acidente vascular encefálico (AVE)** descreve 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)<sup>1</sup>. 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

<sup>1</sup> CHAVES, M. L. F. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. Revista Brasileira de Hipertensão, v.4, p.372-382, 2000. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/012.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

de veículos e às atividades de lazer, podendo comprometer a vida dos indivíduos de forma intensa e global<sup>2</sup>.

2. A **hipertensão intracraniana (HIC)** é uma condição clínica que acomete muitos pacientes em unidades de tratamento intensivo (UTI), tendo como origem diferentes anormalidades, tanto do sistema nervoso central como sistêmicas<sup>3</sup>.

3. 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 consequente 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  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg<sup>4</sup>.

4. A **trombose venosa profunda (TVP)** é uma entidade clínica potencialmente grave, caracterizada pela formação de trombos dentro de veias do sistema venoso profundo, mais comumente nos membros inferiores (80 a 95% dos casos). Três fatores principais estão diretamente ligados à gênese dos trombos: estase sanguínea, lesões do endotélio e estados de hipercoagulabilidade. Dentre as principais complicações da TVP, podemos citar: a insuficiência venosa crônica pela síndrome pós-flebitica, devido às lesões das válvulas venosas, conduzindo ao refluxo venoso; e a embolia pulmonar, quando o trombo fragmenta e através da circulação sanguínea atinge os pulmões, determinando alto índice de morbimortalidade, com sua maioria ocorrendo em pacientes hospitalizados, o que pode ser evitado com medidas profiláticas efetivas, incluindo a anticoagulação<sup>5</sup>.

5. Celulite é o processo que atinge derme profunda e tecido subcutâneo e nem sempre é clara a distinção entre tecido infectado e não infectado. *S. aureus* e *estreptococos* do grupo A são os agentes etiológicos mais comuns da celulite, mais ocasionalmente, outras bactérias podem ser implicadas, como *Haemophilus influenzae*, bacilos Gram-negativos e, ainda, fungos, como *Cryptococcus neoformans*. Apresentam manifestações de sinais locais de inflamação (eritema, edema, calor e dor) e, na maioria das instâncias, febre e leucocitose, sendo linfangite e/ou linfadenite também frequentes<sup>6</sup>.

6. A traqueostomia é um procedimento cirúrgico que consiste na abertura da parede anterior da traqueia, comunicando-a com o meio externo, tornando a via aérea pérvia, sendo indicada na insuficiência respiratória prolongada, rebaixamento do nível de consciência, ineficiência dos reflexos protetores das vias aéreas, obstrução da via aérea alta, debilidade da musculatura respiratória, ou, ainda, para fornecer uma via aérea estável em pacientes com intubação traqueal prolongada<sup>7</sup>.

<sup>2</sup> CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D'E. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 3, out. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/11.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

<sup>3</sup> GIUGNO, K.M. et al. Tratamento da hipertensão intracraniana. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 79, n. 4, p. 287-296, Aug. 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/jped/v79n4/v79n4a05.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

<sup>4</sup> 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://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

<sup>5</sup> BARROS, M.V.L.; PEREIRA, V.S.R.; PINTO, D.M. Controvérsias do diagnóstico e tratamento da trombose venosa profunda pela ecografia vascular. Jornal Vascular Brasileiro, v. 11, n. 2, p. 137-143, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/jvb/v11n2/v11n2a11.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

<sup>6</sup> MALHEIRO, L.F.; MAGANO, R.; FERREIRA, A.; SARMENTO, A.; SANTOS, L. Infecções da pele e de tecidos moles na unidade de terapia intensiva: estudo retrospectivo em um centro terciário. Rev Bras Ter Intensiva, 2017;29(2):195-205. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:n9UkoAgDLMIJ:https://www.scielo.br/pdf/rbti/v29n2/0103-507X-rbti-20170019.pdf+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=firefox-b-d>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

<sup>7</sup> CORTE, M.M.D.; VICENTE, L.C.C.; FRICHE, A.A.L. Decanulação: indicadores sociodemográficos, clínicos e fonoaudiológicos preditivos de sucesso. Audiol., Commun. Res. São Paulo, v. 24, e2103, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/acr/v24/2317-6431-acr-24-e2103.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

7. **Gastrostomia** é um procedimento cirúrgico indicado como via de drenagem do conteúdo gástrico ou como via de infusão de alimentação e medicamentos, que consiste na fixação de uma sonda específica que cria uma comunicação entre o estômago e o meio externo de forma percutânea<sup>8</sup>.

8. 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 atrofas musculares e as deformidades articulares. Além disso, limitam e dificultam a higiene corporal, posicionamento e posturas adequadas, agravando ainda mais o estado do indivíduo<sup>9</sup>.

### 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<sup>10,11</sup>.

### III – CONCLUSÃO

1. Em síntese, trata-se de Autor, 44 anos, acompanhado no domicílio desde 17 de setembro de 2020. Apresenta diagnósticos de AVE hemorrágico, com sinais de hipertensão intracraniana, hipertensão arterial, trombose venosa profunda e celulite. Acamado, sem interação, traqueostomizado, em uso de O<sub>2</sub> domiciliar e alimenta-se por gastrostomia. Incapaz de mobilizar-se sozinho no leito, apresenta dependência total para a realização de atividades básicas de vida diária. Utiliza colchão pneumático, BIPAP, aspirador, oxímetro e monitor cardíaco. Requer suporte de **cuidador em tempo integral**. Foi participado que o Autor está em uso de: Omeprazol 20mg de 12/12 horas, Dipirona 1g de 06/06 horas, Bromoprida (SOS), Fenitoína 100mg (Hidantal®) de 08/08 horas, Ácido Fólico 5mg 01 comprimido ao dia; Valproato de Sódio 500mg (Depakote®) 12/12 horas, Acetilcisteína 600mg (Fluimucil®) 01 vez ao dia, Sulfato Ferroso 01 comprimido ao dia, Prednisona 20mg ½ comprimido ao dia, Fumarato de Formoterol di-hidratado + Budesonida 6/200mcg (Symbicort®) 01 *puff* 06/06 horas, colírio Lágrima (Evento 1, ANEXO 5, fls. 6 e 7).

2. Primeiramente, observa-se que embora tenha sido pleiteado o serviço de *home care* à inicial (Evento 1, INIC1, fl. 11), em documento médico (Evento 1, ANEXO 5, fls. 6 e 7) é mencionado que o Autor já está em acompanhamento domiciliar pelo Programa Melhor em Casa, e

<sup>8</sup> PERISSÉ, V. L. C. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. Disponível em: <<https://app.uff.br/riuff/handle/1/1447>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

<sup>9</sup> 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: 21 jan. 2021.

<sup>10</sup> KERBER, N. P. C.; KIRCHHOFF, 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/pd/csp/v24n3/02.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

<sup>11</sup> 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/pd/rlae/v12n5/v12n5a04.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2021.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

é descrita a necessidade de equipamentos, medicamentos e cuidador, sem mencionar a necessidade imperiosa de home care.

3. Nesse momento, então, é importante diferenciar os conceitos de *home care* e serviço de atenção domiciliar. 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. Já o serviço de atenção domiciliar 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.

4. Considerando o exposto, e sabendo que não foi prescrito nenhum procedimento estritamente hospitalar nos documentos médicos (Evento 1, ANEXO 5, fls. 6 e 7), e que não foi prescrito o *home care*, informa-se que o serviço de *home care* não está indicado para o caso concreto.

5. Acrescenta-se que este Núcleo não identificou parâmetros técnicos nos documentos médicos (Evento 1, ANEXO 5, fls. 6 e 7) que justifiquem a necessidade imperiosa de home care. O Autor, devido às suas doenças, necessita de acompanhante/cuidador 24 horas, conforme ratificado em documento médico (Evento 1, ANEXO 5, fls. 6 e 7).

6. O cuidador é alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.<sup>12</sup>

7. No que tange a disponibilização no SUS do serviço pleiteado, *home care*, informa-se que não é disponibilizado em nenhuma lista oficial de serviços oferecidos pelo SUS, no âmbito do município de Nova Friburgo e do Estado do Rio de Janeiro.

8. Sobre o relato médico (Evento 1, ANEXO 5, fls. 6 e 7) das necessidades de equipamentos, medicamentos e cuidador, caso seja fornecido o *home care*, informa-se que 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.

9. 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 (última atualização - Portaria Nº 2.976, de 18 de setembro de 2018), 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.

10. Salienta-se que, de acordo com documento médico acostado ao processo, o Autor é acompanhado pelo Programa Melhor em Casa (Evento 1, ANEXO 5, fls. 6 e 7), que, de acordo com o Ministério da Saúde, pertence ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), disponível no

<sup>12</sup> Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2021.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

Sistema Único de Saúde (SUS), onde acompanha os casos de maior complexidade em regime domiciliar<sup>13</sup>. **Insta salientar que o SAD não fornece o cuidador.**

11. Ratifica-se que acompanhamento por cuidador não está padronizado no SUS. Entretanto, cabe mencionar que a **Atenção Domiciliar (AD)** constitui-se como uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde”. Assim, dentre as atribuições da Atenção Domiciliar, consta: identificar e treinar os familiares e/ou cuidador dos usuários, envolvendo-os na realização de cuidados, respeitando os seus limites e potencialidades e promover treinamento pré e pós-desospitalização para os familiares e/ou cuidador dos usuários<sup>14</sup>.

12. Quanto disponibilidade no âmbito do SUS dos medicamentos prescritos, de acordo com Deliberação CIB-RJ Nº 5.743 de 14 de março de 2019, que dispõe sobre as normas de execução e financiamento do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito do 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. Assim, estão descritos no componente básico:

- Omeprazol 20mg, Dipirona 500mg (solução e comprimido), Fenitoína 100mg, Ácido Fólico 5mg Valproato de Sódio (Ácido Valproico 500mg), Sulfato Ferroso 40mg, Prednisona 20mg.

13. Quanto aos medicamentos padronizados através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) disponibiliza aos pacientes cadastrados:

- Budesonida 200mcg (cápsula inalante), Formoterol 12mcg (cápsula inalante), Formoterol 6mcg + Budesonida 200mcg (pó inalante), Formoterol 12mcg + Budesonida 400mcg (cápsula inalante).

14. Por fim, reitera-se que 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.**

É o parecer.

À 1ª Vara Federal de Nova Friburgo, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

GABRIELA CARRARA  
Farmacêutica  
CRF- RJ 21047

VIRGINIA SILVA  
Enfermeira  
COREN/RJ 321.417

MARCELA MACHADO DUARTE  
Farmacêutica  
CRF-RJ 11517  
ID. 4.216.255-6

FLÁVIO AFONSO BADARÓ  
Assessor-chefe  
CRF-RJ 10.277  
ID. 436.475-02

MARCIA LUZIA TRINDADE  
MARQUES  
Farmacêutica  
CRF- RJ 13615  
Mat. 5.004.792-2

<sup>13</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço de Atenção Domiciliar - Melhor em Casa. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>>. Acesso em: 21 jan. 2021.

<sup>14</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 21 jan. 2021.