



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 1260/2022

Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2022.

Processo nº 5010137-85.2022.4.02.5110,
ajuizado [REDACTED] por
representado por [REDACTED].

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **5ª Vara Federal** de São João de Meriti, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao serviço *home care* (fisioterapia motora e respiratória, fonoaudiologia, suporte ventilatório invasivo em BiPAP, oxigenoterapia e monitoração contínua).

I – RELATÓRIO

1. De acordo com formulário médico em atendimento à Defensoria Pública da União – Núcleo Regional da Baixada Fluminense (Evento 1, OFIC9, Páginas 1 e 2), emitido em 10 de outubro de 2022, pela médica pediatra [REDACTED] pertencente ao Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG / UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro, o Autor, 03 anos de idade, data de nascimento 29/11/2018, apresenta **insuficiência respiratória crônica, bronquiolite obliterante e asma**. Sendo solicitado o serviço de *home care*. Consta que caso não haja realização do home care o Autor está sob risco de infecção hospitalar (enfermaria com 8 leitos), risco de morte e comprometimento de função. Além disso, há atraso do desenvolvimento global devido à redução dos estímulos, relacionada à internação hospitalar prolongada, e privação da socialização com familiares e do ambiente domiciliar. Classificação Internacional de Doenças (CID-10) citadas: **J96.1 – Insuficiência respiratória crônica, J44.8 - Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica e J45 - Asma**.

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 **insuficiência respiratória** pode ser dividida em duas grandes categorias, **insuficiência pulmonar** e **falência do drive respiratório**¹. A **insuficiência respiratória crônica** costuma ser a fase final de diversas enfermidades respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), fibrose pulmonar, graves deformidades torácicas e bronquiectasias adquiridas. Os pacientes que vivem com hipoxemia e, muitas vezes, hipercapnia, apresentam importante comprometimento físico, psíquico e social com deterioração da qualidade de vida, frequentemente de forma importante. Além disso, esses pacientes apresentam repetidas complicações, com

¹ NICHOLS, D. G. N. Golden Hour: emergência pediátrica. Capítulo 3. Insuficiência Respiratória. p.47. Rio de Janeiro: Elsevier. pp.599.



numerosas internações hospitalares e consequente aumento do custo econômico para todos os sistemas de saúde².

2. A **bronquiolite obliterante** é caracterizada pela inflamação dos bronquíolos que leva a uma doença obstrutiva pulmonar. Os bronquíolos são caracterizados por tecido de granulação fibrosa com exsudato brônquico na luz. As características clínicas incluem uma tosse improdutiva e dispneia³.

3. **Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica** corresponde a doença obstrutiva crônica de fluxo difuso e irreversível. Entre as subcategorias da DPOC estão bronquite crônica e enfisema pulmonar⁴.

4. A **asma** é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas inferiores que se caracteriza, clinicamente, por aumento da responsividade dessas vias a diferentes estímulos, com consequente obstrução ao fluxo aéreo, de forma recorrente e, tipicamente, reversível. O conceito de controle da asma compreende dois aspectos distintos: o controle das limitações clínicas atuais e a redução de riscos futuros. O primeiro compreende o mínimo de sintomas durante o dia, a ausência de sintomas à noite, a necessidade reduzida de medicamentos de alívio dos sintomas e a ausência de limitação das atividades físicas. Já o segundo contempla as exacerbações, a perda acelerada da função pulmonar e os efeitos adversos do tratamento. Com base nesses parâmetros, a asma pode ser classificada em controlada, parcialmente controlada e não controlada, cuja avaliação, em geral, é feita em relação às últimas quatro semanas. Enquanto o controle da asma expressa a intensidade com que as manifestações da asma são suprimidas pelo tratamento, a gravidade refere-se à quantidade de medicamentos necessária para atingir o controle, refletindo uma característica intrínseca da doença e que pode ser alterada lentamente com o tempo. A gravidade da asma não é uma característica estática, mudando ao longo de meses ou anos, assim subdividindo-se, de acordo com a necessidade terapêutica para controle dos sintomas e exacerbações: Asma leve (Etapas I e II), Asma moderada (Etapa III) e Asma grave (Etapas IV e V). Por sua vez, os fenótipos mais comuns da asma são: Asma alérgica, Asma não alérgica, Asma de início tardio, Asma com limitação do fluxo de ar e Asma com obesidade⁵.

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

²SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP). *Jornal de Pneumologia*, v.26, n.6, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-35862000000600011>. Acesso em: 09 nov. 2022.

³BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. DeCS/MeSH. Descritores em Ciências da Saúde. Bronquiolite Obliterante. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=22852&filter=ths_termall&q=bronquiolite>. Acesso em: 09 nov. 2022.

⁴BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. DeCS/MeSH. Descritores em Ciências da Saúde. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=36008&filter=ths_termall&q=doenca%20pulmonar%20obstrutiva%20cronica>. Acesso em: 09 nov. 2022.

⁵BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta N° 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: 09 nov. 2022.



utilização de equipamentos de tecnologia avançada, podendo ou não estar atrelada a uma maior periodicidade no acompanhamento do paciente^{6,7}.

III – CONCLUSÃO

1. Inicialmente, informa-se que em Petição Inicial (Evento 1, INIC5, Páginas 7 e 8) foi solicitada **internação domiciliar home care com tratamento composto por fisioterapia motora e respiratória, fonoaudiologia, suporte ventilatório invasivo em BiPAP, oxigenoterapia e monitorização contínuas**. Entretanto, em documento médico acostado aos autos (Evento 1, OFIC9, Páginas 1 e 2) é prescrito o serviço de **home care**, porém **não há as especificações contidas em Petição Inicial** (Evento 1, INIC5, Páginas 7 e 8). Sendo assim, por ser de competência médica tais especificações este Núcleo irá abordar **somente** sobre a **disponibilização acerca do tratamento composto especificado na Petição**. Insta mencionar que não foi especificado o tipo de monitorização contínua.

2. 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 (Evento 1, OFIC9, Páginas 1 e 2), **este Núcleo fica impossibilitado de realizar uma inferência segura acerca da indicação do serviço de home care para o caso concreto do Requerente**.

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

3.1. **home care e BiPAP – não são disponibilizados pelo SUS** no âmbito do município de Nilópolis e do Estado do Rio de Janeiro;

3.2. as **consultas à nível ambulatorial e/ou domiciliar** pelos profissionais **fisioterapeuta e fonoaudiólogo estão padronizadas no SUS**, conforme consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, com os seguintes nomes e códigos de procedimento: **consulta/atendimento domiciliar** (03.01.01.013-7), **consulta/atendimento domiciliar na atenção especializada** (03.01.01.016-1), **consulta 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. **oxigenoterapia domiciliar encontra-se coberta pelo SUS**, conforme Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP) na qual consta: **oxigenoterapia** (03.01.10.014-4) para área ambulatorial, hospitalar e de atenção domiciliar, considerando o disposto na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASSES).

3.3.1. Entretanto, cabe esclarecer que, até o presente momento, no âmbito do município de Nilópolis e do Estado do Rio de Janeiro, **não foi localizada**

⁶ KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Caderno Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/02.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2022.

⁷ FABRICIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 5, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a04.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2022.



nenhuma forma de acesso pela via administrativa ao tratamento com oxigenoterapia domiciliar.

4. 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.

5. 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.

6. 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-las⁸.

7. 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 **SISREG**, porém não foi verificada situação sobre a inclusão do Autor em **serviço de assistência pelo Programa de Atenção Domiciliar**¹⁰.

9. Diante do exposto, informa-se que, é de responsabilidade da própria unidade de saúde na qual o Autor encontra-se internado, no caso o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG / UFRJ Universidade Federal do Rio de Janeiro (Evento 1, OFIC9, Páginas 1 e 2), solicitar esta demanda, a fim de que seja realizada sua avaliação pelo SAD.

10. Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde¹¹ **foram** encontrados Protocolos Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) da doença pulmonar obstrutiva crônica e asma, todavia, estes não contemplam o serviço pleiteado – *home care*. Assim como, em consulta ao sítio

⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em Casa – A Segurança do Hospital no Conforto de Seu Lar. Caderno de Atenção Domiciliar, v. 2, p.139-140. Brasília, DF. 2013. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2022.

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: 09 nov. 2022.

¹⁰ SISREG. Sistema de Regulação. Consulta de Solicitações Ambulatoriais. Disponível em: <<https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index>>. Acesso em: 09 nov. 2022.

¹¹ 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#>>. Acesso em: 09 nov. 2022.



eletrônico da CONITEC¹² (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) **não** foi encontrado nenhum posicionamento sobre recomendação de incorporação do serviço de *home care*.

11. Acrescenta-se que em documento médico (Evento 1, OFIC9, Páginas 1 e 2), foi mencionado que o Autor está sob risco de infecção hospitalar (enfermaria com 8 leitos). Além disso, atraso do desenvolvimento global devido à redução dos estímulos, relacionada à internação hospitalar prolongada, e privação da socialização com familiares e do ambiente domiciliar. Sendo assim entende-se que **a internação hospitalar prolongada, pode acarretar em complicações graves, que influenciem negativamente no prognóstico do Autor.**

É o parecer.

À 5ª Vara Federal de São João de Meriti, da Seção Judiciária 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. 512.3948-5
MAT. 3151705-5

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

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

¹² 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: 09 nov. 2022