



Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Centro de Ciências Sociais  
Faculdade de Direito  
Coordenação de Monografias

SÉRGIO LACERDA GOMES MORAIS

**A ATENÇÃO DOMICILIAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Rio de Janeiro  
2018



Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Centro de Ciências Sociais  
Faculdade de Direito  
Coordenação de Monografias

SÉRGIO LACERDA GOMES MORAIS

## A ATENÇÃO DOMICILIAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, como pré-requisito parcial, para obtenção do título de Especialista em Direito Médico, ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

**Orientador:** Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo  
**Coorientador:** Prof. Dr. Henrique Freire de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CCS/C

M827a

Morais, Sergio Lacerda Gomes.

A atenção domiciliar na saúde suplementar / Sergio Lacerda Gomes  
Morais. - 2018.

52 f.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo.

Monografia (Especialização) – Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro. Faculdade de Direito, Rio de Janeiro, 2018.

1. Seguro-saúde. 2. Serviços de cuidados de saúde domiciliares. 3. Saúde  
suplementar. I. Figueiredo, Antônio Macena de. II. Universidade do Estado  
do Rio de Janeiro. Faculdade de Direito. III. Título.

CDU 368.9

Bibliotecária Angélica Ribeiro CRB7/6121

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta monografia de especialização, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

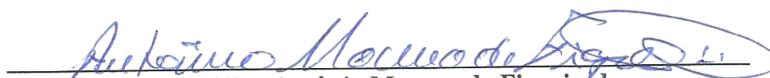
Data

SÉRGIO LACERDA GOMES MORAIS

**A ATENÇÃO DOMICILIAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direito Médico ao programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

**Orientador:** Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo  
**Coorientador:** Prof. Dr. Henrique Freire de Oliveira Souza



**Prof.º Dr. Antônio Macena de Figueiredo**  
Coordenador do Curso de Especialização em Direito Médico  
da Faculdade de Direito -UERJ

---

**Prof.ª Dr. Henrique Freire de Oliveira Souza**  
Professor do Curso de Especialização em Direito Médico - UERJ



**Prof.º Dr. Renato Battaglia**  
Professor do Curso de Especialização em Direito Médico - UERJ

Rio de Janeiro, 24 de Março de 2018.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho acadêmico aos meus pais, imigrantes, que tanto batalharam para concederem a mim a melhor educação possível e que me ensinou os meus valores.

Depois, a minha amada esposa que é um exemplo de bondade e, por isso, faz-me ser uma pessoa melhor.

## **AGRADECIMENTO**

Mostro minha gratidão a Deus, agradeço-lhe pela oferta de um exemplo de família, uma vida feliz e força para estudar.

Agradeço ao Prof. Dr. Antônio Macena de Figueiredo, com sua perseverança, paciência e sabedoria, por montar um exemplo de Curso de Direito Médico a ser seguido por outras instituições.

Agradeço, por fim, mas não menos importante, a Henrique Freire e Alexandre Boccaletti, antes, chefes, pelo exemplo de profissionalismo e, agora, amigos, em nova fase da vida, pela amizade e companheirismo que levaremos até o fim.

## EPÍGRAFE

nunca é demais sabermos tudo que há para sabermos

*Sir Arthur Conan Doyle*

## RESUMO

MORAIS, S. L. G. A atenção domiciliar na saúde suplementar. 2018. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Direito Médico da Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

Nesse trabalho foram realizados estudos acerca da atenção domiciliar na saúde suplementar. Pode-se dizer que há no Brasil certa confusão de nomenclaturas, porquanto se utiliza a expressão “home care” como sinônimo de atenção domiciliar à saúde. A pesquisa contempla uma revisão da bibliografia existente sobre o cuidado domiciliar, a fim de refletir sua história e como a atenção domiciliar à saúde é conceituada pelos doutrinadores e saber como este conceito é aplicado na legislação pátria. Com a análise da Jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça, entender-se-á como este Tribunal decide sobre o tema. O problema existente consiste em uma lacuna na conceituação do Superior Tribunal de Justiça sobre o sentido do que seja a atenção domiciliar a ser coberta financeiramente pela saúde suplementar, já que não aponta critérios objetivos para a qualificação do estado clínico do paciente a ser submetido a esta atenção. Conclui-se que a falta de critérios poderá ser preenchida por tabelas que estabelecem requisitos objetivos para a concessão da internação domiciliar e, com isso, delimitar as obrigações contratuais assumidas pelos agentes da saúde suplementar perante seus beneficiários.

**Palavras-chaves:** Atenção à Saúde. Home Care. Saúde Suplementar.

## **ABSTRACT**

MORAIS, S. L. G. A atenção domiciliar na saúde suplementar. 2018. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Direito Médico da Faculdade de Direito da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

In this study, studies on home care in supplementary health were carried out. It can be said that in Brazil there is a certain confusion of nomenclatures, since the expression "home care" is used as a synonym for home health care. The research contemplates a review of the existing bibliography on home care in order to reflect its history and how home health care is conceptualized by the doctrinators and to know how this concept is applied in the national legislation. With the analysis of the Jurisprudence of the Superior Court of Justice, it will be understood how this Court decides on the subject. The existing problem consists of a lacuna in the conceptualization of the Superior Court of Justice on the meaning of what is the home care to be covered financially by the supplementary health, since it does not indicate objective criteria for the qualification of the clinical condition of the patient to be submitted to this attention. It is concluded that the lack of criteria can be filled by tables that establish objective requirements for the granting of home hospitalization and, with that, delimit the contractual obligations assumed by the supplementary health agents to their beneficiaries.

**Keywords:** Health Care. Home Care. Supplemental Health.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

FIGURA 01 – Pirâmide etária do Brasil e Rio de Janeiro 2000, 2017, 2030.

FIGURA 02 – Evolução dos grupos etários Brasil 2000-2030.

FIGURA 03 - Evolução de beneficiários de planos médico-hospitalares com 59 anos ou mais.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADS	= Atenção Domiciliar à Saúde
ANS	= Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	= Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Art.	= artigo
CFM	= Conselho Federal de Medicina
COFEN	= Conselho Federal de Enfermagem
DIPRO	= Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos
GEAS	= Gerência de Assistência à Saúde
GGRAS	= Gerência-Geral de Regulação Assistencial
GM	= Gabinete do Ministro
IBGE	= Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	= Instituto de Estudo de Saúde Suplementar
MS	= Ministério da Saúde
n.º	= Número
PAD	= Programa de Atendimento Domiciliar
RDC	= Resolução da Diretoria Colegiada
STJ	= Superior Tribunal de Justiça
TJRJ	= Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO .....	12
1.1 - justificativa .....	14
1.2 - problema.....	15
1.3 – objetivos.....	15
1.3.1 - geral.....	15
1.3.2 - específicos .....	15
2 - MÉTODOS E TÉCNICAS.....	16
3 - REVISÃO DA LITERATURA .....	17
3.1 - uma breve história da atenção domiciliar à saúde .....	17
3.2 - coletânea normativa .....	19
3.3 - conceito de atenção domiciliar à saúde .....	22
3.4 estrutura da atenção domiciliar .....	25
3.5 a saúde suplementar e sua obrigação regulatória quanto à atenção domiciliar .....	27
3.6 problemas enfrentados pela saúde suplementar.....	31
3.7 entendimento do superior tribunal de justiça.....	33
3.8 instrumentos para conferir critério objetivo à internação domiciliar .....	42
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	44
REFERÊNCIAS .....	46
ANEXO A – TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - NEAD .....	49
ANEXO B – TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL – ABEMID .....	51

## 1 - INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada na Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948, declara em seu art. 25 que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a saúde e o bem estar a si e a sua família, inclusive os cuidados médicos.

Nesta linha de proteção, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, em seus art. 6º e 196, estabelece o direito social à saúde, sendo direito de todos e dever do Estado, que deve garantir o bem estar de seus cidadãos mediante política social e econômica, que visem reduzir o risco de doenças e de outros agravos à saúde do indivíduo ou da coletividade e assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Posto assim, a saúde está contemplada na seguridade social no sentido de que a todos deve ser concreta e materialmente efetivada, por igual, não apenas ter o direito ao seu acesso formalmente reconhecido em Leis.

Para José Afonso da Silva o direito a saúde é concebida como direito de todo e dever do Estado e rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam. (SILVA, 1998, pp. 796)

Não obstante o desejo do acesso equânime de todos à saúde, há um senso comum sobre os altos custos operacionais dos serviços de assistência à saúde. Alguns fatores podem ser elencados para isto, tais como: o envelhecimento da sociedade, a incorporação de novas tecnologias em tratamentos e medicamentos e o sistema produtivo baseado na realização de procedimentos e centrado no atendimento em hospital.

A inovação do atendimento à saúde e a substituição ao modelo de assistência hospitalocêntrica se tornam premissa para a redução dos custos médicos e a concessão da melhor assistência médica a todos, sem restrições econômicas. Com estas condições, pode resultar na maior oferta de Programas de Atenção Domiciliar (PAD).

É perceptível que a Atenção Domiciliar à Saúde (ADS) de um ente da família acometido por doença grave e debilitante vem ganhando uma nova roupagem e papel relevante no sistema de saúde.

Em que pese o volume de atendimentos domiciliares ser maior aos idosos, a atenção domiciliar atende a todas as faixas etárias, desde o recém-nato, e abrange a todas as patologias de curta ou longa duração, de caráter agudo e crônico-degenerativas.

Nesse diapasão, nasce a premência de conceituar e tipificar as modalidades da atenção domiciliar, bem como regulamentar a multidisciplinaridade contida neste sistema e definir o papel de cada agente.

A primeira observação recai sobre as inúmeras designações da ADS no Brasil: “home health care”, “atendimento domiciliar à saúde”, “atenção domiciliar”, “visita domiciliária”, “nursing care”, “home care nursing”, “cuidado domiciliar”, “internação domiciliar”, “cuidados de saúde no domicílio”, “atendimentos médicos domiciliares”, sendo estes alguns exemplos dentre outros que se pode citar.

Isto ocorre porque as precitadas expressões são utilizadas como sinônimos de Atenção Domiciliar à Saúde devido à tradução e a interpretação dos vocábulos em língua inglesa “home care” ou “home health care” para a língua portuguesa.

No presente estudo, entende-se por ser a mais adequada a utilização da expressão “Atenção Domiciliar à Saúde”, porquanto é utilizada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 11, de 26 de janeiro de 2006.

Em síntese, a ANVISA concebe a locução nominal “Atenção Domiciliar à Saúde”, como gênero de atenção domiciliar, sendo o modo mais amplo de cuidados realizados em casa, abarcando todos os meios de ações. As espécies deste zelo são a assistência domiciliar e a internação domiciliar.

Em relação à saúde suplementar, vale dizer, de início, que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais da saúde suplementar.

Neste lance, observa-se que a ADS não é regulada pela ANS, mas sim a agência determina que se obedeça as orientações da ANVISA sobre esta atenção (FRANCO; MERHY, 2008, pp. 1513). Esta suposta inércia se dá pelo fato de a ANS considerar a ADS um produto adicional ofertado pelas operadoras a seus beneficiários, de modo que, a definição de ingresso ao PAD e sua modelagem e procedimentos segue a política das próprias operadoras.

Além dessa questão, não se pode olvidar em reconhecer que o desenvolvimento e popularização deste atendimento, obviamente, trazem conflitos e discussões entre

família, operadora do plano de saúde e prestadores do serviço. Em razão disso, o Poder Judiciário poderá ser o lugar para resolver estes litígios, daí a importância de entender como os Tribunais de Justiça conceituam e interpretam a atenção domiciliar na saúde suplementar.

Compreender como o Superior Tribunal de Justiça (STJ), sendo o órgão competente do Poder Judiciário para processar e julgar decisões que contrariem lei federal, se inserindo, neste contexto, as divergências entre o conceito da ADS e a obrigação dos agentes da saúde suplementar, é importante para revelar as linhas de prestação e previsão financeira do mercado de plano de saúde.

Com este panorama, pois, vislumbra-se a possibilidade de traçar um histórico da evolução da atenção domiciliar, identificar os conceitos existentes na legislação pátria e saber como o se posiciona o Poder Judiciário sobre o conceito de ADS e obrigações e deveres quanto a esta atenção na área da saúde suplementar.

## **1.1 - JUSTIFICATIVA**

Convém assinalar que o aumento da expectativa de vida ao nascer, resultante na melhoria das condições de vida (saneamento, educação, moradia, saúde), a queda nas taxas de natalidade, bem como o prolongamento da vida de pacientes com doenças graves ocasionam muitas mudanças no sistema de saúde. Por exemplo, a busca para a continuidade do tratamento hospitalar seja fornecido dentro da residência do paciente. Então, tem se dado relevante valor ao desafio de acompanhar estas alterações com implantação de políticas públicas e adequação da forma de custeio dos tratamentos.

As mudanças nas sociedades, caracterizadas por uma transição demográfica, apontam para a imprescindível reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde a todos e de forma igualitária, lidar de modo mais adequado (eficiente e eficaz) com as necessidades do paciente.

Atualmente, constata-se que os Tribunais de Justiça deliberaram sobre a concessão da ADS, sem, contudo, balizar quais os limites contratuais abrangidos na saúde suplementar para este tipo de assistência multidisciplinar.

Logo, surge uma presente necessidade em conceituar a ADS no âmbito da saúde suplementar e decifrar o entendimento dos Tribunais de Justiça sobre quais os tipos de

cuidados que as operadoras de plano de saúde devem arcar financeiramente e trazer elementos objetivos para a caracterização desta responsabilidade.

## **1.2 - PROBLEMA**

Desponta-se uma dificuldade, tanto por parte da área médica quanto dos Tribunais de Justiça, em distinguir as modalidades existentes de ADS e, assim identificar a obrigação da saúde suplementar quanto a este cuidado.

A questão que se pretende levantar é a seguinte: qual o entendimento da classe médica, poder legislativo e judiciário sobre o conceito da ADS na esfera da saúde suplementar e quais os critérios objetivos para qualificar o paciente que terá o direito à cobertura assistencial pela operadora de seu tratamento?

## **1.3 – OBJETIVOS**

### **1.3.1 - GERAL**

Pretende-se revelar e analisar os contrapontos sob uma perspectiva jurídica-conceitual acerca da abrangência do conceito da ADS no âmbito da saúde suplementar, como também buscar o entendimento do STJ para a solução de conflitos existentes sobre este tema.

### **1.3.2 - ESPECÍFICOS**

- a. Traçar histórico da evolução da atenção domiciliar ao doente.
- b. Definir os conceitos técnicos, científicos e jurídicos.
- c. Compreender o conceito do STJ sobre a ADS ao sistema da saúde suplementar.
- d. Oferecer requisito objetivo para caracterizar a obrigação financeira de custo da cobertura da ADS pelas operadoras de plano de saúde.

## **2 - MÉTODOS E TÉCNICAS.**

Em linhas gerais, neste trabalho, o tema da atenção domiciliar à saúde é tratado na esfera da saúde suplementar com base na literatura especializada, no ordenamento normativo nacional e jurisprudência do STJ.

Cinge-se de um estudo que usufruiu para a coleta de dados da pesquisa bibliográfica, principalmente, o sítio da biblioteca da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a biblioteca virtual da Fundação Oswaldo Cruz, com referências aos termos “atenção domiciliar”, “assistência domiciliar”, “internação domiciliar”, “home care” e “homecare”, expressões que representam o foco deste estudo.

Depois, a pesquisa legislativa perquiriu referências aos termos acima enumerados junto aos sítios da ANVISA, ANS, Conselho Federal de Medicina (CFM), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e Ministério da Saúde (MS).

Já a pesquisa jurisprudencial buscou todos os acórdãos disponibilizados no sítio do STJ até 28 de fevereiro de 2018, com as expressões “home adj. care”, “homecare”; “atenção adj. domiciliar” e “assistência adj. domiciliar”. A análise da jurisprudência levou em conta o mérito e fundamento nos quais os Magistrados se fundamentaram para alcançar o seu julgamento.

### 3 - REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 UMA BREVE HISTÓRIA DA ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE

As mais remotas referências ao contexto histórico da ADS levam a alguns fatos a seguir relatados. Na terceira dinastia do Egito Antigo aparece a figura de Imhotep. Ele era o médico responsável pelo atendimento ao Faraó Djoser nas dependências de seu palácio, não obstante este médico também possuir um local específico que poderia ser chamado de consultório ou hospital para os demais enfermos (AMARAL; et al, 2001, p. 111).

Na Grécia Antiga, localiza-se alusão a uma estrutura primitiva de hospital, onde os seguidores de Asklépios ou Esculápio atendiam e dispunham de medicamentos e materiais especiais, embora o próprio médico Asklépios atendesse outros pacientes em suas residências (AMARAL; et al, 2001, p. 112).

No século V a.C., Hipócrates também descrevia a eficiência da assistência no domicílio do paciente. Muitos séculos após, XVII, Samuel Hanneman, fundador da homeopatia, começou a assistir os pacientes em suas casas, uma vez que acreditava na luta incansável do médico contra a enfermidade, independente do local, permanecendo a maior parte do tempo ao lado do doente (AMARAL; et al, 2001, p. 112).

Depois, século XIX, Inglaterra, Sir Willian Rathbone tratou por um longo período de sua esposa doente em seu domicílio com auxílio da enfermeira Mary Robinson. Neste ínterim, ele relatou por escrito o trabalho que desenvolveu e, após a morte de sua esposa, Sir Rathbone e enfermeira Mary foram para um dos distritos mais carentes da cidade para prestar os cuidados à saúde para pessoas que não possuíam condições financeiras favoráveis para pagar. Suas anotações inspiraram Florence Nightingale, que fez parte desse projeto e escreveu recomendações para o cuidado de enfermagem em domicílio<sup>1</sup>.

Empós estas rápidas pinceladas históricas, deve-se relatar o crescimento nos Estados Unidos da América do Home Care, onde, naturalmente, originou-se este termo. Neste contexto, até o século XX a atenção domiciliar se caracterizava pela assistência

---

<sup>1</sup> Encontra-se referência a esta história em:

<[http://www.districtnursing150.org.uk/history\\_william\\_rathbone.htm](http://www.districtnursing150.org.uk/history_william_rathbone.htm)>. Acesso em 12 de janeiro de 2018.

do médico na residência do paciente, mediante o pagamento direto e o cuidado era, normalmente, realizado por mulheres.

Cita-se como uma das primeiras referências organizadas da atenção domiciliar, sob a batuta de Lilian Wald, o programa *Visiting Nurse Service*, mais tarde se chamaria *Public Health Nurse*, com o objetivo de promover ações de saúde em domicílio. Ela, enfermeira, acreditava que a moléstia deveria ser considerada em conjunto com o aspecto social e econômico do paciente.

Neste sentido, foi criada a *Visiting Nurses Association*, que juntava as agências de atenção domiciliar e passaram a atuar nos cuidados aos doentes de pessoas de classes economicamente diferentes. Com a lógica de que as famílias mais ricas pagavam um fundo que financiava a atenção aos mais pobres, essa atuação de cuidados logo passou a receber o financiamento das seguradoras de saúde estadunidenses. Sua característica de atendimentos de baixa complexidade permanece, necessitando pouca participação dos médicos e objetivando diminuir a necessidade da assistência profissional.

Vale citar a experiência do Hospital de Montefiore, em Nova York, por introduzir a ideia da atenção domiciliar como extensão do hospital aos pacientes que, normalmente, teriam alta hospitalar tardia, substituindo a internação pelo atendimento em casa por profissionais especializados. Sua importância se deve ao fato de ter sido um dos pioneiros a inserir a atenção domiciliar no processo de alta hospitalar, com o fim de antecipá-la e dar uma melhoria na qualidade de vida do paciente.

No Brasil, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, 1949, vinculado ao Ministério do Trabalho, foi uma das primeiras experiências de atendimento domiciliar brasileira organizada como um serviço. Na época, como aconteciam com os primeiros planos de saúde criados para a comunidade operária, os sindicatos dos trabalhadores exigiram a assistência de urgência, já que estavam insatisfeitos com o atendimento vigente.

No entanto, o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, na década de 60, criou o primeiro sistema de ADS, com a finalidade de minorar a quantidade de leitos hospitalares preenchidos e atender, basicamente, os pacientes com doenças crônicas.

Por tal razão, foi aplicado um modo de atendimento domiciliar, abrangendo os cuidados de baixa complexidade médica, como se fosse o prolongamento do tratamento hospitalar, permitindo a alta precoce.

É preciso observar que a maioria das práticas brasileiras em atenção domiciliar possuíram iniciativas das secretarias municipais de saúde ou de hospitais, nos três níveis

de governo do Estado. Esses projetos continham finalidades diversas, tais como a mera substitutividade aos tratamentos hospitalares ou a simples racionalização de recursos assistenciais ou a humanização da assistência médica.

Oportuno se torna constatar que podemos diferenciar a criação do sistema nacional com o dos Estados Unidos pela presença original do Estado brasileiro na condução e iniciativa da atenção domiciliar, ao invés da origem comunitária dos EUA. Outro ponto de distinção é a presença da enfermagem, como sendo fundamental aos EUA, no Brasil as enfermeiras apenas pontuavam o controle da cadeia de transmissão das doenças infectocontagiosas, sob a coordenação do serviço público de saúde.

Em derradeiro, hodiernamente, pode-se encontrar no país um crescente aumento de empresas que podem propiciar cuidados exclusivos, por exemplo, de enfermagem, ou um atendimento completo e multiprofissional ao paciente e maior interesse das operadoras, como também o setor público nestes serviços.

### **3.2 COLETÂNEA NORMATIVA**

A coletânea de normas legais e infralegais a seguir foi elaborada com as mais citadas nos artigos sobre o tema deste trabalho. Assim, espera-se conceder um conhecimento de como o Brasil está legislando sobre o tema.

Em primeiro lugar, cita-se a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado. Esta lei afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano e institui o Serviço Único de Saúde (SUS).

A Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, acrescentou capítulo e artigo à Lei 8.080/90 para estabelecer o atendimento domiciliar e internação domiciliar no SUS. Para a concessão da atenção domiciliar exige-se a indicação médica, com concordância do paciente e de sua família. Este atendimento será realizado por equipes multidisciplinares, incluindo, expressamente, enfermagem, fisioterapia, psicologia e assistência social.

Em seguida, no ano de 2003, através da Lei nº 10.741, de 1.º de outubro de 2003, é criado o Estatuto do Idoso que garante àquelas pessoas com idade igual ou

superior a 60 (sessenta) anos o acesso ao atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o poder público, nos meios urbano e rural.

Para as empresas privadas do setor de saúde suplementar, seu marco regulatório consiste na Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, exclui da compreensão do contrato de plano de saúde o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado a cobertura de tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral.

A Resolução Normativa (RN) n.º 428, de 07 de novembro de 2017, atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e determina caso a operadora de saúde ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da ANVISA, e nas alíneas “c”, “d” e “e” do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656/98<sup>2</sup>.

Outrossim, nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

O Ministério da Saúde (MS) lançou, em 1994, o Programa de Saúde da Família. Este programa constitui uma política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Esse modo oportunizava equipes para assumir o cuidado por determinado número de pessoas ou famílias em uma comunidade incluindo visitas domiciliares.

---

<sup>2</sup> Lei 9656/98 - Artigo 12 - São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas: II - quando incluir internação hospitalar: c) cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; d) cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; e) cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território brasileiro;

Neste passo, passa-se a expor os atos normativos infralegais. Com a Portaria GM/MS nº. 2.416, de 23 de março de 1998, o Estado Brasileiro percebeu a necessidade de políticas públicas que subsidiassem a organização da atenção domiciliar, logo, publicou a referida norma, que definia os requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS.

Importante se faz verificar nas considerações desta Portaria que o Estado já entendia que a internação domiciliar proporciona a humanização do atendimento e a adequada desospitalização proporciona um maior contato do paciente com a família favorecendo sua recuperação e diminui o risco de infecções hospitalares.

A Portaria GM/MS nº 1.531, de 04 de setembro de 2001, propicia aos pacientes portadores de distrofia muscular progressiva o uso de ventilação mecânica não invasiva em domicílio, sob os cuidados de equipes específicas para tal, financiadas pelo SUS.

A norma mais importante vigente hoje acerca do tema é a RDC da ANVISA nº 11/2006, dispondo sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar. Portanto, os Serviços de Atenção Domiciliar deve se dar com base às orientações dessa resolução, a qual propõe requisitos mínimos de segurança para o seu funcionamento.

O governo federal do Brasil lançou o programa Melhor em Casa no dia 8 de novembro de 2011. Em novembro de 2011, foi publicado o manual de instrução deste programa, com o intuito de detalhar algumas orientações específicas aos gestores de saúde que auxiliarão na elaboração do projeto e adesão ao programa.

Ressalta-se que o Melhor em Casa é um dos componentes das Redes de Atenção às Urgências e Emergências e deve estar estruturado nessa perspectiva, de acordo com a proposição da Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

Atualmente, a Portaria GM/MS nº. 825, de 25 de abril de 2016, redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS, conceitua o que é atenção domiciliar, serviço de atenção domiciliar e cuidador, organiza as modalidades de atenção domiciliar, estabelece as normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar, habilitação dos estabelecimentos de saúde no qual estarão alocados e os valores do incentivo para o seu funcionamento.

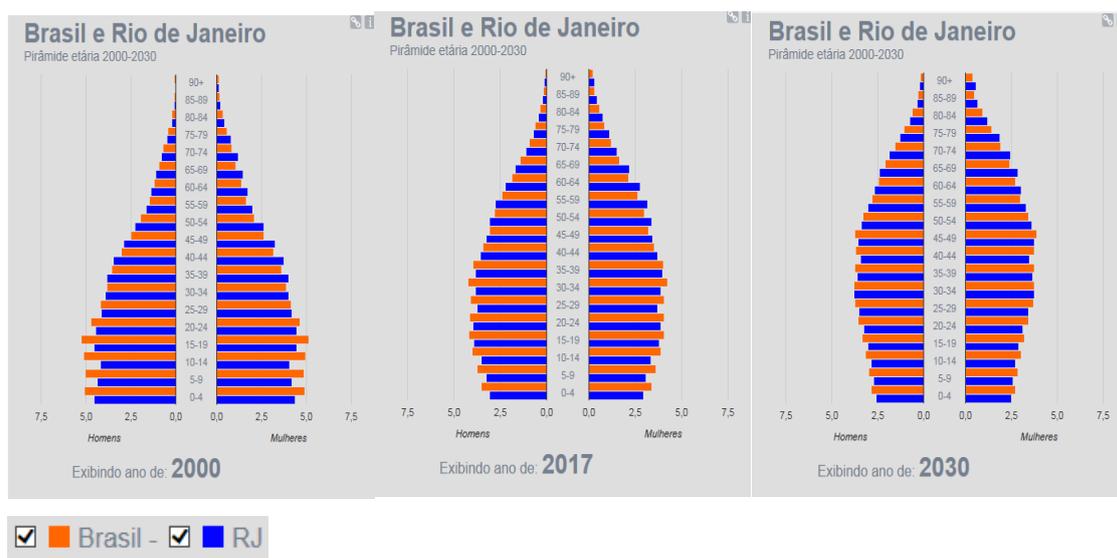
Por fim, em âmbito dos Conselhos Profissionais, pode-se citar a Resolução COFEN n. 464, de 20 de outubro de 2014, que normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar, bem como a Resolução CFM nº 1.668, de 03 de

junho de 2003, que dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades dos médicos e demais agentes.

### 3.3 - CONCEITO DE ATENÇÃO DOMICILIAR À SAÚDE

É sobretudo importante assinalar que o aumento da expectativa de vida ao nascer, resultante de uma melhoria nas condições de vida (saneamento, educação, moradia, saúde), e o prolongamento da vida de pacientes com doenças graves avocam mudanças no sistema de saúde, por exemplo, a forma de custeio dos atos médicos. Portanto, chama atenção a alteração e expectativa do perfil etário da população brasileira, ocasionando um aumento de idosos e, com isso, impactando no custo operacional do sistema de saúde.

Figura 01 – Pirâmide etária do Brasil e Rio de Janeiro 2000, 2017, 2030<sup>3</sup>.



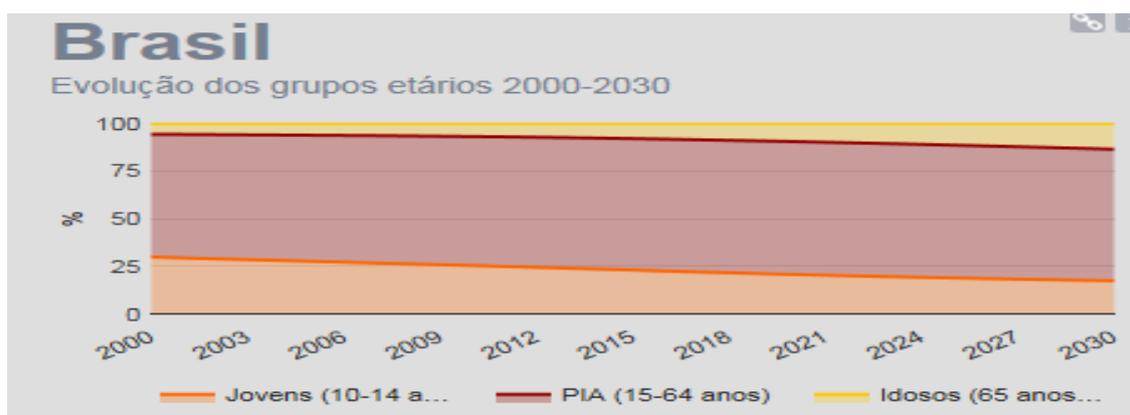
Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2018.

<sup>3</sup> Os gráficos das figuras 01 e 02 estão disponíveis em:

<<https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

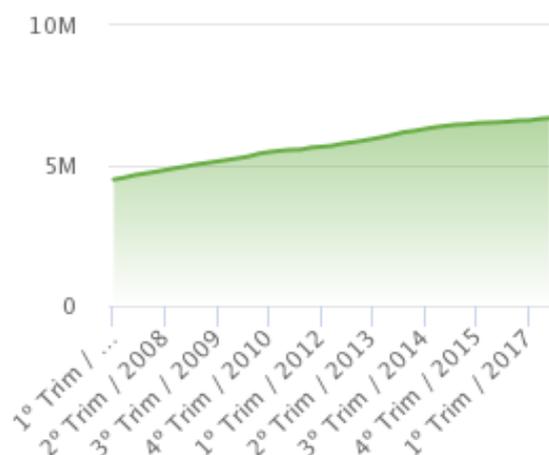
Eles representam um interessante trabalho do IBGE que fornece em tempo real a projeção populacional do Brasil e seus estados.

Figura 02 – Evolução dos grupos etários no Brasil 2000-2030.



Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018.

Figura 03 - Evolução de beneficiários de planos médico-hospitalares com 59 anos ou mais.<sup>4</sup>



Fonte: INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS), 2018.

Essa conjuntura socioeconômica obrigou os agentes financiadores dos serviços da saúde, especialmente o Estado, Operadoras de Planos de Saúde e Seguradoras, a restringir seus gastos, criando novos padrões de atenção, com novas práticas e modos de produção da assistência médica e programas de prevenção e promoção à saúde.

<sup>4</sup> O respectivo gráfico foi elaborado pelo (IESS) que possui uma área virtual denominada IESSDATA para cruzamento de informações e dados relevantes para o setor da saúde suplementar. Disponível em: <<https://iessdata.iess.org.br/dados/bmh>>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2018.

Como já dito, a inovação do atendimento à saúde, objetivando a redução dos custos médicos se torna premente para os agentes da saúde e, um dos meios para se alcançar isto seria a maior oferta de PAD.

Passe-se, então, a discutir acerca do conceito de atenção domiciliar. Como a ANVISA a define: “termo genérico que envolve ações de promoções à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.” Em síntese, seria uma expressão ampla e geral para a forma de cuidados no domicílio do doente, abrangendo todo tipo de ação.

Por seu turno, a atenção domiciliar é um modelo de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à rede de saúde. Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível tanto no SUS quanto no sistema privado. De acordo com a necessidade do paciente e seu estado clínico, esse cuidado na moradia pode ser realizado por diferentes equipes.

A atenção domiciliar permite ao doente um tratamento ligado diretamente aos aspectos estruturais de sua família, à infraestrutura de seu domicílio e aos serviços oferecidos para esse tipo de assistência. Dessa forma, dificulta hospitalizações não necessárias, diminui o risco de infecções e melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos.

Seguindo esta linha, o COFEN entende como atenção domiciliar de enfermagem as ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamentos de doenças, bem como a reabilitação do paciente e nos cuidados paliativos. Esta atenção abrange um conjunto de atividades desenvolvidas por membros da equipe de enfermagem, caracterizadas pela atenção no domicílio do usuário do sistema de saúde que necessita de cuidados técnicos.

Registra-se ainda o conceito trazido pelo MS na Portaria 825/16 que define a atenção domiciliar como modalidade de atenção à saúde integrada às redes 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.

Decerto, a atenção domiciliar é um serviço de modalidade continuada de prestação de serviços na área da saúde que visa à continuidade do tratamento hospitalar no domicílio do paciente, realizado pela equipe multidisciplinar com a mesma qualidade, tecnologia e conhecimento.

Ademais, segundo a RDC nº 11/06 da ANVISA, esses serviços são utilizados por pacientes com dificuldades para se locomover até os serviços de saúde ambulatoriais ou que necessitam de procedimentos de internação que podem ser realizados em domicílio, reduzindo, assim, os riscos hospitalares.

Em ato contínuo, a ANVISA considera duas espécies de atenção domiciliar: (i) assistência domiciliar: conjunto de atividade de caráter ambulatorial, programas e continuadas em domicílio; (ii) internação domiciliar: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

De igual forma, o COFEN admite essas espécies de atenção domiciliar, incluindo a visita domiciliar, esta sendo o contato pontual da equipe de enfermagem para avaliação das demandas exigidas pelo usuário e/ou familiar, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, programado com objetivo definido.

A internação domiciliar, em síntese, se caracteriza pela necessidade ininterrupta de cuidado no domicílio pela dificuldade de locomoção do paciente, com algum tipo de oferta de tecnologia que pode ser equipamento ou maquinário.

Em contrapartida, a assistência domiciliar é uma alternativa ao atendimento ambulatorial, indicado para pacientes que não necessitem mais de hospitalização, através de visita ou procedimento, isolado ou periódico, como, por exemplo, fisioterapia, atendimento médico, dentre outros serviços que são oferecidos de forma ambulatorial.

Como se vê, a atenção domiciliar é um cuidado cujos serviços são prestados a pacientes e seus entes familiares, no lar do doente, com o fim de promover, manter ou restabelecer a saúde ou diminuir os efeitos da doença, mesmo que de forma paliativa. De outro lado, encontra-se dificuldade para encontrar requisitos objetivos para distinguir as suas modalidades: assistência ou internação.

### **3.4 ESTRUTURA DA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Em geral, os programas de atenção domiciliar constituem uma intrincada rede de serviços, constituindo uma estrutura organizacional com a presença da multidisciplinariedade de profissões na área de saúde enfermeiros, técnicos de

enfermagem, médicos e suas especialidades, suporte técnico de equipamentos e máquinas e suas manutenções e logística de entrega de medicamento e insumos e comunicação entre estes profissionais e familiares (FRANCO, et al, 2008, p. 344).

Em geral, as portas de entradas à atenção domiciliar prestada pelas operadoras são a demanda espontânea pelos familiares do paciente, o encaminhamento pelo médico-assistente ou, após a análise de tempo de permanência no hospital e outras condições, o encaminhamento pelo médico auditor seguindo com o convite da própria operadora ao paciente para o ingresso no programa.

O alvo da atenção domiciliar das operadoras são os pacientes crônicos, por exemplo, portadores de sequelas de Acidente Vascular Cerebral com restrições motoras, cardiopatas ou doenças neurológicas, bem como se observa os pacientes terminais para serem concedidos os tratamentos paliativos em domicílio. Nestes casos, a alta é raramente concedida e já preveem que este serviço será prestado até o óbito do paciente.

Após a admissão, uma equipe avalia clinicamente o paciente para o levantamento de sua necessidade e elaboração do plano terapêutico, como medicações, terapias, equipamentos e materiais. Também se avalia a condição socioeconômica da família, a residência para suportar o maquinário, como também o estado psicológico daquela unidade familiar e a presença de um cuidador, que pode ser da família ou contratado por esta.

A operadora conta com estrutura operacional e logística para a prestação do serviço de atenção domiciliar. Nesta estrutura pode encontrar médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, além de outros profissionais e especialistas na área de saúde.

Também possuem sistema de almoxarifado para entrega de insumos e materiais médicos, tais como remédios, seringas ou fraldas, como também call center, para orientação aos cuidados do programa, prontuário eletrônico, Ouvidoria, e acompanhamento do paciente após a alta.

Caso necessário, há remoção por ambulância da residência ao hospital, bem como o fornecimento de equipamentos quando os beneficiários são dependentes deste, por exemplo, oxigênio.

Os profissionais de saúde tanto podem ser contratados pela própria operadora, quanto podem ser terceirizados, usualmente, através de cooperativas profissionais ou a contratação de empresas especializadas na prestação destes serviços.

Estes profissionais recebem treinamento quando ingressam no PAD, assim como continuam recebendo aperfeiçoamentos e estímulos para sua melhor qualificação e sempre buscam transferir esses conhecimentos à família do paciente, no sentido de ensiná-los para uma programação de alta.

A proposta de atenção domiciliar inclui a reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde e as discussões sobre diferentes concepções e abordagens à família. Espera-se que os profissionais sejam capazes de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Na verdade, com este agir as operadoras já preparam a família para o denominado desmame do paciente, ou seja, dando autonomia do cuidado aos familiares com a interrupção gradual e da atenção pelos profissionais indicados pela operadora, assim, tenta-se impedir um futuro conflito quando da alta clínica, evitando que a família insista no serviço, mesmo quando, tecnicamente, o paciente não é mais elegível.

Em epítome, aos pacientes e sua família são destinadas as medicações de âmbito hospitalar, remoção para unidade hospitalar, equipamentos hospitalares, acompanhamento com equipe multidisciplinar. Em contrapartida, a família forneceria a medicação de uso diário ambulatorial e de fácil acesso a qualquer farmácia do bairro, alimentação e produtos de higiene.

Em síntese, como não há uma regulação específica da ANS a este serviço, não se encontra um balizamento deste e, assim, o PAD é estruturado consoante às políticas de prioridade ao tratamento e financeira de cada operadora.

Muito se fala que este serviço é sempre oferecido para minorar custos, mas podemos observar que há uma amplitude no cuidado que visa oferecer uma melhoria na assistência à saúde do paciente, visando não só sua evolução clínica, mas também uma melhora na qualidade de vida de toda a unidade familiar.

### **3.5 A SAÚDE SUPLEMENTAR E SUA OBRIGAÇÃO REGULATÓRIA QUANTO À ATENÇÃO DOMICILIAR**

A saúde suplementar é entendida como a prestada por entidade particular, fora do âmbito da atuação estatal, e utiliza de rede própria de hospitais, médicos, clínicas ou terceirizada de prestadores de serviços, como credenciados a sua rede de assistência.

Por definição legal da Lei 9656/98, entende-se por plano privado de assistência à saúde a prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente a expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Em outras palavras, o plano de saúde seria o conjunto de direitos e obrigações dos beneficiários a ter serviços e procedimentos médicos ou odontológicos, ambulatoriais ou hospitalares, realizados na rede credenciada do plano de saúde adquirido pelo beneficiário, cobertos financeiramente pela operadora ou, se previsto, reembolsados na proporcionalidade estabelecida no contrato. Destarte, quem contrata um plano de saúde paga a mensalidade e a operadora de planos de saúde aceita os riscos financeiros dos sinistros contratualmente previstos.

No Brasil, com o advento do marco regulatório dos planos de saúde, desde 1999, esquadrinha-se a existência de duas coleções de contratos: aqueles firmados até 31 de dezembro de 1998 (contratos antigos) e os contratos celebrados ou adaptados após 1º de janeiro de 1999 (contratos novos ou adaptados). No primeiro grupo, a relação jurídica de direito material entre beneficiário e operadora é regida pelas cláusulas estabelecidas na avença. No segundo caso, além das cláusulas, existem procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória estabelecidos pela ANS.

Cumprido examinar, neste passo, que operadora de plano de assistência à saúde será uma pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de plano privado de assistência à saúde exclusivamente em ambiente ambulatorial ou hospitalar.

Interessante se faz mencionar que qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira está subordinada às normas e à fiscalização da ANS.

É certo que a ANS é uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Regulação pode ser compreendida como medidas e ações do Governo, com o fim de assegurar o

interesse público, que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização do segmento do mercado explorado por empresas de plano de saúde.

Uma das competências da ANS, entre outras, é elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirão referência básica para cobertura mínima obrigatória da atenção à saúde nos planos privados.

Hoje, este rol é atualizado pela RN n.º 428/17. A ADS é referenciada em seu art. 14, o qual dispõe caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da ANVISA e nas alíneas "c", "d", "e" e "g" do inciso II do art. 12 da Lei n.º 9.656/98. Ainda, nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, tal assistência deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

De início, cumpre registrar que a ANS segue a linha da ANVISA e distingue as duas formas de atenção domiciliar, sendo a internação domiciliar, aquela que substitui a internação hospitalar e a assistência domiciliar, aquela de caráter menos complexo. Pode-se concluir que a internação domiciliar e assistência domiciliar não se confundem, constituindo modalidades distintas de cobertura prestada em domicílio.

Tenha-se presente, então, que a internação domiciliar, aquela que se leva ao ambiente residencial o aparato de cuidados intensivos, equipamentos para o prosseguimento da terapia que estava sendo prestada em ambiente hospitalar, não é de cobertura obrigatória das operadoras de planos de saúde, mas sim uma possibilidade facultada pela regulação e implementada por deliberalidade dos planos de saúde.

Tanto é que o precitado art. 14 da RN n.º 428/17 da ANS diz claramente “caso a operadora ofereça” a internação domiciliar, mesmo sem previsão contratual, deverá obedecer às normas vigentes da ANVISA. Portanto, é apenas uma deliberalidade a oferta da internação domiciliar, mesmo que tenha sido a solicitação do médico assistente, a operadora não teria a obrigação de atendê-la.

Já a assistência domiciliar, sem caráter de internação, os itens que irão compor o cuidado deverão ser discriminados no instrumento contratual ou de livre negociação entre beneficiário e operadora.

Neste ponto, cita-se o Parecer Técnico da ANS n. 04/GEAS/GGRAS/DIPRO/2016, acerca da cobertura da assistência domiciliar (HOME CARE) que ratifica não estar incluso entre as coberturas obrigatórias a serem asseguradas pelos chamados planos novos a assistência à saúde no ambiente domiciliar.

Destaca-se neste parecer que somente o médico assistente poderá determinar se há ou não indicação de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, contudo, presume-se que este não pode fixar as coberturas que devem ser prestadas, mas tão somente aconselhar as mais adequadas e frequência, pois esta assistência está condicionada às normas contratuais.

Parece lógico, mas vale ressaltar que a ANS impede a operadora de suspender uma internação hospitalar pelo simples pedido de ADS, caso a operadora não concorde em prestar tal serviço, manterá a cobertura financeira da internação no hospital do beneficiário até sua alta.

Seguindo os entendimentos da ANS, o parecer técnico n.º 29/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018 deixa explícito que, nos casos de terapia medicamentosa, o fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar não está contemplado dentre as coberturas obrigatórias, exceção feita apenas para os medicamentos antineoplásicos orais e para o controle de efeitos colaterais e adversos dos medicamentos antineoplásicos (art. 12, inciso I, alínea “c”, e inciso II, alínea “g” da Lei n.º 9.656/98).

No que se refere a medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, não estão contemplados dentre as coberturas obrigatórias, com exceção: a) Medicamentos antineoplásicos orais para uso domiciliar, assim como medicamentos para o controle de efeitos adversos e adjuvantes de uso domiciliar relacionados ao tratamento antineoplásico oral e/ou venoso (art. 21, inciso XI, da RN n.º 428, de 2017), respeitadas as Diretrizes de Utilização; e b) Medicamentos utilizados durante internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, obedecidas as exigências previstas nos normativos vigentes da ANVISA.

Por último, o parecer técnico n. 05/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018 repetindo o entendimento do Parecer n.º 04/16, acrescenta que a Lei 9656/98 garante apenas o fornecimento domiciliar de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector.

Em razão do exposto neste tópico, o recurso de internação domiciliar não é de cobertura obrigatória e nem mesmo consta do rol de procedimentos de cobertura obrigatória, normatizado pela ANS. Incluir tal cobertura no contrato de plano de saúde é faculdade das operadoras, logicamente, uma vez que tenha sido incluída, passa a ser

obrigatória a cobertura. Daí porque deve se conferir especial atenção às cláusulas dos contratos celebrados entre as partes.

Por fim, vale anotar que, em relação aos contratos de “planos antigos” (celebrados antes de 02/01/1999), não adaptados à Lei nº 9.656/98, e ainda vigentes, a cobertura assistencial deve ser aquela prevista nas cláusulas contratuais acordadas.

### **3.6 PROBLEMAS ENFRENTADOS PELA SAÚDE SUPLEMENTAR**

No decorrer dos estudos, vislumbra-se alguns problemas enfrentados pelas operadoras, tal como a concessão da alta, pois os familiares apresentam grande resistência em assumir os cuidados rotineiros após terem vivenciado o PAD. Há casos de ações judiciais para manutenção da ADS, mesmo que nos critérios da equipe e prestadora não haja indicação técnica para isso.

É bem verdade que pode acontecer a acomodação da família em ter uma equipe de profissionais multidisciplinares assistindo ao ente e, principalmente, os custos arcados pela operadora, por outro lado, há o inegável medo e insegurança dos familiares e amigos em assumirem a obrigação de cuidar de seu doente nesta situação crítica de saúde.

Para minimizar o problema da aceitação da interrupção dos cuidados fornecidos pela operadora, desde o primeiro dia, a equipe médica deve trabalhar a alta do doente, conversando com os familiares sobre o cuidado e transportando-lhes o conhecimento necessário para perpetuação do serviço.

Outra linha de tensão é a certeza da família do beneficiário sobre o direito ao serviço, conquanto não estiver expressamente contratualizado. Em muitos casos a atenção domiciliar até é coberta pelas operadoras por mera deliberalidade, embora não estejam obrigadas pela regulação, pois este conjunto de serviço não está no rol de procedimentos obrigatórios estabelecidos pela ANS.

Isto demanda uma capacidade de diálogo acolhedor entre as operadoras com os familiares, até porque aquelas sempre têm de afastar a imagem da mera negativa de cobertura de procedimento médico por motivo de redução de custos. Portanto, as operadoras têm de mostrar que algo não é prestado algo não o é porque é caro, mas sim porque não é o melhor para o paciente.

Aliás, este conflito do fator econômico é usualmente encontrado nas demandas judiciais, porquanto o valor do ato médico da ADS não estaria contemplado no contrato, logo, sem previsão no valor da mensalidade.

Acontece que em inúmeras decisões jurídicas acerca do tema, a pretensão daquelas que normalmente figuram no polo passivo da demanda - operadoras - de dizer haver exclusão expressa da atenção domiciliar da previsão de cobertura é considerada absurda pelos magistrados e membros do Ministério Público, sob a alegação de que os serviços necessitados pelo doente seriam prestados em regime hospitalar, com a cobertura integral de seus custos, logo, também deverão ser arcados na internação domiciliar.

Outrossim, os julgados citam de forma genérica o cuidado a ser tomado e alcançável a todos os pacientes, contudo, sem saberem especificamente a doença que lhes acometem e seus estados clínicos. Por exemplo, utilizam argumentos como ser a ADS uma inequívoca vantagem no tratamento das pessoas fora de ambientes hospitalares, por afastar os riscos de infecção, dificuldade de deslocamento de parentes e familiares para visitas, restrições de horários e custos muito mais elevados, o que culmina em prejuízo no restabelecimento de sua saúde. Posto isto, os juízes e desembargadores concluem, de forma rasa e ampla, que as operadoras só ganhariam com a ADS, pois é menos dispendiosa do que uma internação hospitalar.

Um terceiro conflito entre família e operadoras está na distinção entre o trabalho do cuidador e o enfermeiro. Neste sentido, convém salientar que o profissional de enfermagem visa realizar cuidados médicos, os quais o doente receberia em um hospital e o cuidador realizar as atividades cotidianas do paciente, inclusive, podendo, ser realizadas pela própria família.

De certo, os serviços de cuidador não guardam qualquer relação com a cobertura contratual de cobertura da assistência médico-hospitalar, porquanto o suprimento de cuidados básicos diários faz parte do próprio sustento do indivíduo, valendo mencionar, inclusive, que a figura do cuidador é classificada pelo Ministério do Trabalho como empregado doméstico, não exigindo qualquer formação técnica para tal função.

A ANVISA deixa clara a definição de um cuidador informal como sendo uma pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Cuidador seria a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação

de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem.

Diante do exposto, os serviços do profissional cuidador deverão ser contratados pelos próprios familiares, não havendo qualquer relação com a cobertura de serviços de enfermagem e médico fornecidos pelas operadoras, sob pena de criar o desequilíbrio financeiro no contrato e prejudicar toda a gama de beneficiários daquele plano de saúde.

### **3.7 ENTENDIMENTO DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Em Primeiro lugar, a pesquisa jurisprudencial, como dito, foi realizada no sítio do STJ com as expressões “home adj. care”, “homecare”; “atenção adj. domiciliar” e “assistência adj. domiciliar” até o dia 28 de fevereiro de 2018, sendo encontrados 40 acórdão, que seja uma decisão judicial proferida por um colegiado de Desembargadores ou Ministros da segunda instância ou das Cortes Superiores, podendo ser unânime ou haver divergência entre os entendimentos dos julgadores sendo a tese vencedora aquela acordada entre a sua maioria.

Os acórdãos citados a seguir foram considerados, neste estudo, como paradigmas tendo em vista suas reiteradas citações nas demais decisões, bem como suas referências nos Informativos de teses Jurisprudências firmadas pelos órgãos julgadores do STJ n. 0571 e 0564.

Os casos ementados abaixo são advindos de discussões entre os beneficiários de planos de saúde e suas operadoras sobre o dever de custear o tratamento domiciliar mediante o serviço de “home care”, se é abusiva a cláusula contratual que veda a ADS.

Usualmente, as operadoras utilizam-se do argumento que a cobertura à ADS não estaria prevista no contrato do plano de saúde, pois não consta no rol obrigatório estabelecido pela ANS, bem como as decisões de sua concessão violariam a Lei 9656/98, porquanto prevê a assistência exclusivamente em ambiente ambulatorial ou hospitalar, salvo as já citadas exceções.

Não se pode deixar de dizer que as decisões judiciais acerca do tema se pautam na aplicação dos ditames da Lei Consumeristas aos contratos de plano de saúde, assim a omissão de cláusula do contrato sobre esta atenção, na dúvida, deve pender favoravelmente ao consumidor como aderente a um contrato de adesão. A regra de hermenêutica dos contratos, limitações das cláusulas e da autonomia da vontade e a

prevalência e aplicação do Código de Defesa do Consumidor aos contratos de adesão e, assim, ao de plano de saúde não serão tratados neste trabalho.

Para efeito de cotejo, segue a ementa de acórdão em Recurso Especial proferido pelo Ministro Paulo de Tarso Sanseverino:

RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. SERVIÇO DE HOME CARE. COBERTURA PELO PLANO DE SAÚDE. DANO MORAL. 1 - Polêmica em torno da cobertura por plano de saúde do serviço de "home care" para paciente portador de doença pulmonar obstrutiva crônica. 2 - O serviço de "home care" (tratamento domiciliar) constitui desdobramento do tratamento hospitalar contratualmente previsto que não pode ser limitado pela operadora do plano de saúde. 3- Na dúvida, a interpretação das cláusulas dos contratos de adesão deve ser feita da forma mais favorável ao consumidor. Inteligência do enunciado normativo do art. 47 do CDC. Doutrina e jurisprudência do STJ acerca do tema. 4- Ressalva no sentido de que, nos contratos de plano de saúde sem contratação específica, o serviço de internação domiciliar (home care) pode ser utilizado em substituição à internação hospitalar, desde que observados certos requisitos como a indicação do médico assistente, a concordância do paciente e a não afetação do equilíbrio contratual nas hipóteses em que o custo do atendimento domiciliar por dia supera o custo diário em hospital. 5 - Dano moral reconhecido pelas instâncias de origem. Súmula 07/STJ. 6 - RECURSO ESPECIAL A QUE SE NEGA PROVIMENTO. (STJ, 2015, on line)

Realmente, o fundamento da decisão supracitada está mais alinhado à questão do alcance de cláusula em contrato de adesão, bem como na existência ou não do dano moral em caso de negativa do custeio da ADS pela operadora.

Na verdade, a importância desta decisão consiste na prolação do voto-vista do Ministro Ricardo Villas Bôas Cueva, o qual adentra ao âmago do tratamento domiciliar, o que gerou, em outra oportunidade, o acórdão abaixo.

Merece melhor lembrança vale o precedente a seguir ementado, já que apresenta as condições para a disponibilidade da atenção domiciliar pelo plano de saúde.

RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE. VIOLAÇÃO DO ART. 535 DO CPC. NÃO OCORRÊNCIA. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. CONVERSÃO EM ATENDIMENTO MÉDICO DOMICILIAR. POSSIBILIDADE. SERVIÇO DE *HOME CARE*. CLÁUSULA CONTRATUAL OBSTATIVA. ABUSIVIDADE. SUSPENSÃO TEMPORÁRIA DO TRATAMENTO. DANO MORAL. CONFIGURAÇÃO. AGRAVAMENTO DAS PATOLOGIAS. GRANDE AFLIÇÃO PSICOLÓGICA. 1. Ação ordinária que visa a continuidade e a prestação integral de serviço assistencial médico em domicílio (serviço *home care* 24 horas), a ser custeado pelo plano de saúde bem como a condenação por danos morais. 2. Apesar de os planos e seguros privados de assistência à saúde serem regidos pela Lei nº 9.656/1998, as operadoras da área que prestam serviços remunerados à população enquadram-se no conceito de fornecedor, existindo, pois, relação de consumo, devendo ser aplicadas também, nesses tipos contratuais, as regras do Código de Defesa do

Consumidor (CDC). Ambos instrumentos normativos incidem conjuntamente, sobretudo porque esses contratos, de longa duração, lidam com bens sensíveis, como a manutenção da vida. Incidência da Súmula nº 469/STJ. 3. Apesar de, na Saúde Suplementar, o tratamento médico em domicílio não ter sido incluído no rol de procedimentos mínimos ou obrigatórios que devem ser oferecidos pelos planos de saúde, é abusiva a cláusula contratual que importe em vedação da internação domiciliar como alternativa de substituição à internação hospitalar, visto que se revela incompatível com a equidade e a boa-fé, colocando o usuário (consumidor) em situação de desvantagem exagerada (art. 51, IV, da Lei nº 8.078/1990). Precedentes. 4. O serviço de saúde domiciliar não só se destaca por atenuar o atual modelo hospitalocêntrico, trazendo mais benefícios ao paciente, pois terá tratamento humanizado junto da família e no lar, aumentando as chances e o tempo de recuperação, sofrendo menores riscos de reinternações e de contrair infecções e doenças hospitalares, mas também, em muitos casos, é mais vantajoso para o plano de saúde, já que há a otimização de leitos hospitalares e a redução de custos: diminuição de gastos com pessoal, alimentação, lavanderia, hospedagem (diárias) e outros. 5. Na ausência de regras contratuais que disciplinem a utilização do serviço, a internação domiciliar pode ser obtida como conversão da internação hospitalar. Assim, para tanto, há a necessidade (i) de haver condições estruturais da residência, (ii) de real necessidade do atendimento domiciliar, com verificação do quadro clínico do paciente, (iii) da indicação do médico assistente, (iv) da solicitação da família, (v) da concordância do paciente e (vi) da não afetação do equilíbrio contratual, como nas hipóteses em que o custo do atendimento domiciliar por dia não supera o custo diário em hospital. 6. A prestação deficiente do serviço de *home care* ou a sua interrupção sem prévia aprovação ou recomendação médica, ou, ainda, sem a disponibilização da reinternação em hospital, gera dano moral, visto que submete o usuário em condições precárias de saúde à situação de grande aflição psicológica e tormento interior, que ultrapassa o mero dissabor, sendo inidônea a alegação de mera liberalidade em seu fornecimento. 7. Recurso especial não provido. (STJ, 2015, on line)

Primeiro, consta-se nestes acórdãos que o contrato de plano de saúde pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não pode restringir a modalidade de tratamento a ser ministrada ao paciente. Dessarte, como é o médico-assistente o dono do tratamento, se este indicou ao paciente a atenção domiciliar, principalmente, como desdobramento do atendimento hospitalar, a operadora de plano de saúde esta compelida a cobrir seus custos.

Nesta seara, o Ministro adota como conceito básico de “home care” aquele estabelecido na RDC n. 11/2006 da ANVISA, bem como suas modalidades de assistência domiciliar e internação domiciliar.

Outro ponto importante a se observar é que o STJ reconhece a exclusão do tratamento médico em domicílio no rol de procedimentos mínimos ou obrigatórios que devem ser oferecidos pelos planos de saúde. Entretanto, referência-se à Resolução da ANS da época, a qual estabelecia o rol mínimo e, assim, caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar deverá obedecer às exigências previstas nos normativos da ANVISA.

O Ministro também reconheceu no acórdão que os custos da prestação da atenção domiciliar não são considerados no cálculo atuarial do fundo mútuo e, com isso, a sua concessão indiscriminada, quando mais onerosos que os procedimentos convencionais cobertos, trará o desequilíbrio econômico-financeiro do plano de saúde, comprometendo a sustentabilidade financeira da carteira e, obviamente, prejudicando a todos os demais beneficiários.

É de suma importância observar que a cobertura da atenção domiciliar pela operadora não se pode considerar obrigatória. Deve-se reconhecer que há pacientes que necessitam de cuidados domiciliares, mas nem sempre se enquadrarão nos critérios de adoção do serviço de “home care”, aqui, presume-se dizer sobre a internação domiciliar.

Ademais, o STJ diz também que a atenção domiciliar não só se destaca por atenuar o atual modelo hospitalocêntrico, trazendo mais benefícios ao paciente, pois terá tratamento humanizado junto da família e no lar, aumentando as chances e o tempo de recuperação, sofrendo menores riscos de internações e de contrair infecções e doenças hospitalares, mas também, em muitos casos, é mais vantajoso para o plano de saúde, já que há a otimização de leitos hospitalares e a redução de custos: diminuição de gastos com pessoal, alimentação, lavanderia, hospedagem e outros.

Empós essas considerações preliminares, pode-se extrair do acórdão que a ADS não pode ser liberada automaticamente, sem analisar o caso específico de cada paciente. Com isso, estabelece que na ausência de regras contratuais claras, a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar necessita (i) de haver condições estruturais da residência, (ii) de real necessidade do atendimento domiciliar, com verificação do quadro clínico do paciente, (iii) da indicação do médico assistente, (iv) da solicitação da família, (v) da concordância do paciente e (vi) da não afetação do equilíbrio contratual, como nas hipóteses em que o custo do atendimento domiciliar por dia não supere o custo diário em hospital.

Quanto às condições estruturais da residência, estas devem ser básicas para suportar o maquinário, não só espaço físico como também a rede elétrica deve suportar a carga de seu funcionamento. Lembra-se que a casa não pode ficar aos cuidados do técnico de enfermagem, logo, sempre deverá ter alguém da família na residência.

A questão sobre real necessidade do atendimento domiciliar é o centro de muitas discussões nos Tribunais, já que pode haver divergência entre as sugestões dos médicos da família e o entendimento dos médicos da operadora. Para tanto, de fácil maneira resolver seria, antes da prolação da decisão que concede a atenção domiciliar, ocorresse

uma avaliação pericial, com o fim de apurar, efetivamente, quais cuidados aquele paciente necessita. E nem há de se falar que a vida deste beneficiário estaria em risco, já que, normalmente, o doente já está recebendo algum tratamento, ou hospitalar ou domiciliar.

Os três pontos a seguir podem ser unificados, pois, normalmente, há a conciliação da indicação do médico-assistente com a solicitação da família e consequente concordância do paciente, quando consegue se exprimir. Chama atenção que se deve apurar se o médico pede de forma genérica o serviço de “home care”, sem especificações sobre terapia, enfermagem, medicamento, e se é realmente aquele que acompanha o doente ou, em alguns casos, somente responde a um anseio da família.

Agora, o contrato de plano de saúde possui base em cálculo atuarial e uma solidariedade entre seus usuários, ligados pelo mutualismo decorrente da característica coletiva que detém. Aquilo que garante a cobertura dos custos dos tratamentos médicos pela operadora será, justamente, o fato de vários beneficiários estarem contribuindo com o fundo econômico dela. Os beneficiários pagam a mensalidade que constituirá na reserva comum de todos. Tal reserva é necessária para que as operadoras operem no mercado com segurança financeira. Destarte, o equilíbrio econômico-financeiro do contrato de plano de saúde seria a relação entre a cobertura de serviços ofertada pela administradora do plano de saúde e a retribuição paga pelo contratante.

É primordial que seja feita esta consideração financeira para que o fundo monetário do conjunto de beneficiários da operadora não se torne deficitário e inviável economicamente, ameaçando a existência da própria operadora.

Conquanto seja de se aguardar uma justiça pacificadora, deve-se tomar cuidado com certos inconvenientes dos efeitos de determinada decisão que irradiam sobre o tipo específico do contrato. Muitas vezes, no presumir de se estar restabelecendo o equilíbrio financeiro e protegendo o elo mais fraco, que seria aquele beneficiário individual, pode gerar um grande buraco financeiro, que será suportado pelos demais consumidores vinculados àquele contrato daquela da operadora de planos de saúde.

A operadora deve sempre buscar nos processos judiciais a comprovação, com dados concretos, da possibilidade de a decisão causar desequilíbrio financeiro no contrato, o que tornaria inviável a substituição da internação hospitalar pela internação domiciliar.

É preciso notar que o equilíbrio a ser preservado não é apenas aquele relativo à relação entre o usuário e o plano de saúde, mas sim aquela que preserva o equilíbrio da

relação entre o usuário e a coletividade (mutualismo), de modo a impedir os desfalques desnecessários e desarrazoados do fundo comum.

Logo, quando se estiver a conceder a ADS por meio de liminar judicial, deve-se analisar se estes tratamentos são adequados e contratados por aquele beneficiário, para não obrigar a operadora a fornecer algo não previsto e não coberto financeiramente, sob pena de prejudicar todos os demais beneficiários.

Neste ponto, pertinente se faz também colacionar o grande julgado do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro (TJRJ) proferido pela relatoria do Desembargador Werson Rêgo que expõe a problemática da atenção domiciliar, sob o enfoque das obrigações das operadoras de plano de saúde e, até mesmo, faz uma crítica ao generalismo comum nas decisões do judiciário sobre do tema:

DIREITO DO CONSUMIDOR. SAÚDE SUPLEMENTAR. BRADESCO SAÚDE. INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE). PRETENSÃO CONDENATÓRIA EM OBRIGAÇÃO DE FAZER. SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS. APELAÇÃO CÍVEL INTERPOSTA PELA PARTE RÉ, VISANDO À REFORMA INTEGRAL DO JULGADO. RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. 1) Hipótese subsumida ao campo de incidência principiológico-normativo do Código de Proteção e Defesa do Consumidor, vez que presentes os elementos da relação jurídica de consumo. 2) O Direito do Consumidor resgatou a dimensão humana do consumidor na medida em que passou a considerá-lo sujeito especial de direito, titular de direitos constitucionalmente protegidos. 2.1) Vida, saúde e segurança são bens jurídicos inalienáveis e indissociáveis do princípio universal maior da intangibilidade da dignidade da pessoa humana, não se desconhecendo tratar-se o direito à saúde de um direito fundamental (Declaração Universal dos Direitos Humanos/ONU 1948 –art. 25). 3) No Brasil, desde 1999, temos que considerar a existência de dois grandes grupos contratuais: o dos contratos celebrados até 31 de dezembro de 1998 (chamados contratos antigos) e os contratos celebrados ou adaptados após 1º de janeiro de 1999 (chamados de contratos novos ou adaptados, conforme o caso). No primeiro caso, a relação jurídica de direito material entre as partes, no que se refere às obrigações da operadora, é regida pelas cláusulas estabelecidas entre os contratantes. No segundo caso, para além disso, existem procedimentos e eventos em saúde que, por força de normativos da agência reguladora do setor da saúde suplementar (ANS), tem cobertura obrigatória. 3.1) O recurso de internação domiciliar não é de cobertura/oferta obrigatória, e nem mesmo consta do rol de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória, normatizado pela ANS. Daí porque deve se conferir especial atenção às cláusulas dos contratos celebrados entre as partes. 4) Os julgamentos de questões envolvendo “home care” no país, de um modo geral, não fazem, com a devida vênia, a necessária distinção entre as diversas modalidades de atenção à saúde no domicílio. São situações distintas que, portanto, devem ser tratadas de modo diverso. 4.1) Atenção domiciliar: é a modalidade de maior amplitude. Termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio. A atenção domiciliar à saúde, como gênero, engloba práticas de políticas de saúde, saneamento, habitação e educação, dentre outras; dependendo de diferentes esferas de atuação para a saúde dos grupos sociais. Não goza de tratamento legislativo específico no Brasil. Não está contemplada no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência

Nacional de Saúde Suplementar e, não raro, tem cobertura expressamente excluída em contratos de planos privados de assistência à saúde. Abrange o atendimento domiciliar, a internação domiciliar e a visita domiciliária, que possibilitam a realização e a implementação da atenção domiciliar, de modo que todas as ações que possam vir a influenciar o processo saúde-doença das pessoas.

4.2) Atendimento domiciliar: é termo utilizado por alguns autores para designar atividades nomeadas como assistência domiciliar ou, por outros autores, como cuidado domiciliar. Assim, considera-se esses três termos sinônimos e representantes de uma mesma modalidade da atenção domiciliar à saúde. Segundo a Anvisa, assistência domiciliar (ou atendimento domiciliar) é um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio”. Para o modelo americano, a atenção domiciliar à saúde pode ser compreendida como “home health care”.

4.3) Internação domiciliar: "o conjunto de atividades prestadas no domicílio ao paciente, com quadro clínico mais complexo, com necessidade de tecnologia especializada e por equipe técnica multiprofissional da área de saúde, com necessidade de estrutura logística de apoio especializada, em substituição ou alternativo à hospitalização” (Maria Ribeiro Lacerda, Clélia Mozara Giacomozzi, Samantha Reikdal Oliniski e Thiago Christel Truppel, em trabalho de revisão de literatura intitulado *Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática*, publicado na *Revista Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.88-95, maio-ago 2006, p. 92). É a mais específica modalidade da atenção domiciliar à saúde, envolvendo a presença contínua de profissionais no domicílio e o uso de equipamentos e materiais. É uma forma de operacionalizar o atendimento domiciliar.

5) As regras jurídicas previstas no Código de Defesa do Consumidor, impõem o necessário respeito aos princípios da equidade e da boa-fé, visando ao estabelecimento do equilíbrio e da harmonia nas relações de consumo, compatibilizando os interesses de fornecedores e de consumidores (art. 4º, III, CDC).

5.1) No âmbito da proteção contratual, os contratos devem cumprir sua função social, de tal sorte que as legítimas expectativas de ambas as partes sobre o seu conteúdo econômico sejam satisfeitas. Devem ser repudiados vantagens ou ônus exagerados, assim como não devem ser aceitas cláusulas que estabeleçam prestações desproporcionais ou iníquas, tanto quanto as que esvaziem o objeto da contratação, sempre através da interpretação mais benéfica ao consumidor.

5.1.1) A cláusula contratual de exclusão genérica de cobertura de atenção à saúde no domicílio do contratante viola o sistema de proteção e defesa do consumidor, pelo que deve ser considerada abusiva.

5.1.2) Por outro lado, não é razoável impor-se às operadoras de planos de saúde a cobertura de todas as modalidades de atenção à saúde no domicílio - o que implicaria em ofensa ao princípio da mutualidade e, por conseguinte, na quebra do equilíbrio econômico-financeiro do contrato de plano de saúde.

5.1.3) Solução mais equilibrada e justa seria a que contemplaria a cobertura do serviço de internação domiciliar, assim compreendido "o conjunto de atividades prestadas no domicílio ao paciente, com quadro clínico mais complexo, com necessidade de tecnologia especializada e por equipe técnica multiprofissional da área de saúde, com necessidade de estrutura logística de apoio especializada, em substituição ou alternativo à hospitalização”.

5.1.4) A internação domiciliar seria um recurso terapêutico substituto ou alternativo à internação hospitalar, nos contratos em que prevista e para o tratamento de doenças cobertas pelo plano de saúde, ofertando uma melhor proposta assistencial; a humanização do cuidado; o resgate da autonomia do usuário/família; processos de “alta assistida”; períodos maiores livres de intercorrências hospitalares em pacientes crônicos e; a redução do sofrimento de forma humanizada em situação de cuidados paliativos.

5.1.5) Equivalendo a internação domiciliar a uma internação hospitalar (mais humanizada), caberia ao julgador averiguar, em cada caso concreto, a segmentação do plano de saúde e as doenças contratualmente cobertas.

6) Contrato de plano de prestação de assistência médica e hospitalar: O contrato celebrado entre as partes tem por objetivo garantir àquelas pessoas que possuam vínculo de

remuneração com a Marinha do Brasil, militares e civis (ativos e inativos), pensionistas, ex-combatentes pertencentes às carteiras de Assistência Médica e Hospitalar do Pessoal da Marinha do Brasil (AMHPMB) e Assistência Odontológica do Pessoal da Marinha do Brasil (AODPMB), enquanto vigorar o vínculo empregatício, que espontaneamente vierem a aderir ao presente instrumento, e aos seus respectivos dependentes e agregados eventualmente inscritos, a prestação pela UNIMED-RIO de assistência médica, hospitalar, obstétrica de diagnóstico e terapia e odontológica, através de seus médicos cooperados e de rede assistencial própria ou contratada, desde que o estipulante esteja sediado e/ou estabelecido no município do Rio de Janeiro e que inclua no ato da contratação uma quantidade mínima de 50 (cinquenta) beneficiários. 7) Internação domiciliar, na visão deste Relator, que só deve ser autorizada quando o quadro clínico do paciente justificar a necessidade de tratamento sob regime de internação hospitalar, como modalidade substitutiva ou alternativa a este, o que não é o caso dos autos, visto que ao Autor foi dada alta hospitalar. 8) A operadora Ré custeou a internação hospitalar. Não há evidências nos autos de que o Autor necessite de internação domiciliar - ainda que de alguma outra modalidade de atenção domiciliar eventualmente careça. Tais custos, porém, deverão ser objeto de reembolso nos termos do contratado, se e quando contratado. 9) Precedente desta e. 25ª Câmara Cível Especializada em Direito do Consumidor. 10) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO, reformando-se a r. sentença proferida, julgando-se improcedentes os pedidos de condenação em obrigação de fazer, extinguindo-se o processo, com resolução do mérito, na forma do artigo 269, I, do Código de Processo Civil. 10.1) Invertidos os ônus sucumbenciais, condena-se a parte autora ao pagamento das custas e demais despesas processuais, bem assim de honorários advocatícios de 10% sobre o valor da causa. (TJRJ, 2016, on line)

Cumprido ressaltar que esta decisão adentra no mérito da saúde suplementar, trazendo a definição legal de plano privado de assistência à saúde, o que seria cobertura assistencial e a distinção dos contratos assinalados antes da Lei 9656/98 e os contratos novos firmados posteriormente. Por fim, afirma que a internação domiciliar não é de cobertura obrigatória e nem consta no rol de procedimentos normatizado pela ANS. Com essa conclusão, deve-se ter especial atenção às cláusulas dos contratos celebrados.

É preciso enaltecer também o fato de a decisão monocrática dizer que “os julgamentos de questões envolvendo “Home Care” no país, de um modo geral, não fazem, com a devida vênia, a necessária distinção entre as diversas modalidades de atenção à saúde no domicílio. São situações distintas que, portanto, devem ser tratadas de modo diverso” (TJRJ, 2016, on line).

Observa-se que o Desembargador analisa as modalidades de atenção à saúde no domicílio, trazendo as inúmeras nomenclaturas utilizadas para designar este tratamento. Faz também uma abordagem técnica, porquanto deseja a proteção, não o privilégio do consumidor, sem agredir o equilíbrio financeiro da avença e a mutualidade característica da relação do beneficiário e operadora, já que pode ocasionar graves prejuízos ao sistema, principalmente aos próprios consumidores.

O julgador analisa as modalidades de atenção à saúde: seu gênero, atenção domiciliar, e suas espécies, atendimento domiciliar e internação domiciliar. Em síntese, na decisão, o conceito, próximo aquele da ANVISA, de atenção domiciliar seria um termo genérico, ampliando para a ação de promoção à saúde, prevenção e tratamento em domicílio por uma equipe multiprofissional. O atendimento domiciliar seria a assistência domiciliar definida pela ANVISA, ou o conjunto de atividades ambulatoriais, programas e continuadas em domicílio.

Convém notar que a decisão traz maior importância à definição de internação domiciliar, trazendo também o conceito dado pela ANVISA. Em suma, a internação domiciliar seria a mais específica modalidade da atenção domiciliar à saúde, envolvendo o conjunto de atividades no domicílio do doente de forma contínua com necessidade de equipamentos e materiais mais complexos e uma equipe multidisciplinar.

Após a distinção das modalidades de atenção domiciliar, o julgador assevera que a cláusula contratual de exclusão de tratamento domiciliar violaria o sistema de proteção e defesa ao consumidor, devendo ser considerada abusiva, mas apresenta um contraponto, pois não acha razoável impor às operadoras a cobertura de toda e qualquer modalidade de atenção à saúde domiciliar, sob pena de estar ofendendo o princípio da mutualidade e quebrando o equilíbrio econômico-financeiro do plano de saúde.

Posta assim a questão, o julgador crê que a solução mais equilibrada e justa seria contemplar a cobertura da modalidade de internação domiciliar, com alicerce na definição dada pela ANVISA, pois, seria o substituto direto da internação hospitalar, não consistindo ofensa ao princípio da mutualidade e nem ameaçaria o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, já que o custo de internação domiciliar é, por vezes, menor que a hospitalar, e com isso, já contemplada na mensalidade do plano de segmento hospitalar.

Diante do exposto, extrai-se dos julgamentos que o Superior Tribunal de Justiça entende que a cobertura da atenção domiciliar à saúde não é obrigatória para as operadoras já que não está prevista no rol de procedimentos da ANS, entretanto, esta cobertura se torna exigível caso a internação domiciliar seja em substituição à internação hospitalar, respeitando os requisitos elencados: condições estruturais da residência, real necessidade do paciente; indicação do médico assistente, solicitação da família e concordância do paciente, por fim, não afetação do equilíbrio contratual.

### **3.8 INSTRUMENTOS PARA CONFERIR CRITÉRIO OBJETIVO À INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

Um dos principais objetivos da ADS é a “desospitalização”, buscar uma antecipação de alta hospitalar, sendo oferecido ao doente o cuidado continuado em seu domicílio, como também visa diminuir intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático dos profissionais especializados.

A ADS possibilita a “desinstitucionalização” de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado àqueles pacientes que necessitam.

No Brasil, a partir da década de 90, ocorreu uma expansão contínua das modalidades da atenção domiciliar e a ADS passou a ocupar um papel cada vez mais significativo no planejamento da saúde. Como consequência desse crescimento, surgiu a necessidade de criar normas e regras para garantir a qualidade, sua padronização e correta propagação destes serviços.

A padronização da elegibilidade de um paciente candidato à assistência domiciliar constitui em grande avanço no relacionamento dos envolvidos, família, paciente, operadora e prestador da assistência, este, por vezes, terceirizado pelo plano de saúde, porquanto todos poderão de uma forma categórica e rápida definir os recursos para o atendimento dos pacientes.

A metodologia de critérios agiliza o processo de classificação das necessidades do paciente, o que pode significar diminuição do tempo do processo de ingresso do paciente no PAD e, com a aplicação desta padronização, será possível reconhecer o momento em que o paciente estará apto a ter alta do serviço.

Nesta seara, os tratamentos e os recursos serão alocados de comum acordo entre as partes, evitando conflitos entre a família e operadora e prejuízos ao tratamento do paciente. Observa-se, ainda, que este sistema poderá também ser utilizado como instrumento de avaliação da evolução do paciente, pois a indicação do decréscimo da complexidade de seu atendimento significará melhora clínica do mesmo.

Nos dias atuais, a área da saúde poderá trabalhar com dois instrumentos para a análise do perfil clínico do paciente: o score do Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar (NEAD) e a tabela de Avaliação da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar (ABEMID). Constituem em

ferramentas importantes e imprescindíveis para o desenvolvimento dos serviços da atenção domiciliar.

O NEAD é uma associação sem fins lucrativos que possui finalidade de congregar todos os prestadores e responsáveis pela prestação de serviços de assistência e/ou internação domiciliar em saúde.

O Score NEAD (Anexo A) é uma ferramenta utilizada pelos provedores de serviços durante todo processo da assistência domiciliar. Estes quesitos dispõem de variáveis que avaliam o quadro de saúde do doente, com o fim de estabelecer um padrão para a definição do plano de cuidados durante as etapas de avaliação inicial para a implantação da ADS e de desenvolvimento da assistência para a interrupção dos serviços.

Segundo Luiza Watanabe Dal Ben e Raquel Rapone Gaidiznski, este score apresenta pontuação distribuída em grupos de indicadores, que classificam o paciente de acordo com o acúmulo de pontos, com o fim de analisar a indicação de internação domiciliária com base na quantidade de horas de assistência de enfermagem (DAL BEN; GAIDIZNSKI, fls. 102, 2006).

Já a tabela ABEMID (Anexo B), a exemplo do score NEAD, também é utilizada pelas empresas de atenção domiciliar durante todo processo assistencial. A tabela ABEMID constitui uma escala baseada em critérios técnicos, estabelece uma pontuação que determina a necessidade ou não de internação domiciliar e o grau de complexidade do tratamento.

Novamente, consoante a lição das autoras acima, a classificação dos doentes apontada pela tabela ABEMID como de alta complexidade são aqueles acima de 19 pontos e indicam a necessidade de assistência de enfermagem em período integral, pelo alto grau de dependência destes cuidados e pedem os mesmos insumos e equipamentos utilizados em uma internação hospitalar (DAL BEN; GAIDIZNSKI, fls. 102, 2006).

Assim sendo, os Tribunais de Justiça, antes de concederem decisões impelindo às operadoras a arcarem com todo o custo do tratamento domiciliar, poderiam realizar a prova pericial, embasada nos quesitos objetivos do score NEAD ou ABEMID, com o objetivo de apurar, efetivamente, se a condição do paciente pede uma internação domiciliar, uma vez que somente esta a operadora estaria obrigada a assumir seus custos, consoante os julgados do STJ.

#### **4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Vê-se que as mudanças da sociedade, caracterizadas por uma transição demográfica com o envelhecimento da população, apontam para uma reformulação do modelo de atenção à saúde, de modo que seja possível, além de garantir o direito à saúde a todos, lidar de forma mais adequada (eficiente e eficaz) com as necessidades do paciente.

Neste cenário, o Estado, Seguradoras e Operadoras de plano de saúde encontram-se forçadas a um processo de reestruturação e buscam uma nova linha de produção de cuidado, com o fim de diminuir seus gastos operacionais.

A atenção domiciliar pode apresentar vantagens para todos estes agentes, tais como: redução do custo do tratamento da doença, diminuição de internações, pois o paciente fica longe dos riscos de infecções encontradas em ambiente hospitalar, aproximação da família com o paciente ocasionando uma maior aderência ao tratamento, otimização dos leitos hospitalares, com maior rotatividade de pacientes no hospital, melhora na qualidade de vida tanto do doente quanto de seus familiares.

Sabe-se que a ANS é a agência reguladora do setor de planos de saúde, constituindo-se em um órgão de normatização e controle das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Uma de suas competências é elaborar o rol de procedimentos e eventos em saúde, que constituirá referência básica para a abrangência da cobertura do plano de saúde.

Com esse papel regulatório, importante ressaltar o entendimento da ANS consiste que as operadoras não estão obrigadas a oferecer qualquer tipo de atendimento domiciliar como parte da cobertura mínima obrigatória a ser garantida. Contudo, caso a atenção domiciliar conste expressamente no contrato, tal serviço deve ser obrigatoriamente oferecido de acordo com as regras descritas na avença e nos normativos da ANVISA.

Quanto à ausência de regulamentação pela ANS sobre a atenção domiciliar, utilizando como alicerce o entendimento da ANVISA, pode ser bastante salutar para esta atenção, já que possui um caráter bastante dinâmico com as mudanças tanto do estado clínico quanto socioeconômico da família, bem como a alterações nas relações contratuais entre a operadora e seu beneficiário.

Por outro lado, o STJ preconiza que será obrigação da operadora cobrir com os custos financeiros, tão somente, nos casos de a internação domiciliar ser substitutiva à internação hospitalar. Com isso, para a concessão da operadora para a cobertura da ADS deve-se respeitar os seguintes requisitos: (i) condições estruturais da residência, (ii) real necessidade do atendimento domiciliar, com verificação do quadro clínico do paciente, (iii) indicação do médico assistente, (iv) solicitação da família, (v) concordância do paciente e (vi) não afetação do equilíbrio contratual.

O grande desafio encontrado no estudo é estabelecer o que qualificaria uma internação domiciliar substitutiva a internação hospitalar, ou seja, de cobertura obrigatória dos planos de saúde, e o que seria uma mera assistência domiciliar. Para responder a esta dúvida, o Judiciário poderia utilizar o score NEAD e tabela ABEMID, por trazerem requisitos objetivos para esta definição.

Em resumo, estes instrumentos apresentam pontuações distribuídas por grupos de indicadores, que, de acordo com o quantitativo de pontos, classificam o paciente pela complexidade de seu quadro clínico e avaliam a indicação para internação domiciliar e o quantitativo de horas para a assistência da enfermagem.

Diante de todo o exposto, observa-se que a ADS traz uma mudança nos paradigmas de cuidado ao paciente e que, cada vez mais, será estudado e aplicado pelos planos de saúde. Hoje, em detrimento ao entendimento da ANS, o STJ assevera que a operadora detém a obrigação de cobrir financeiramente o custo da internação domiciliar, quando substitutiva a internação hospitalar, para tanto definir esta condição, recomendaria uma forma objetiva e justa a adoção do score NEAD ou ABEMID como condição de definir o real estado clínico do paciente.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Nilcéia Noli do; CUNHA, Márcia Cristina Bauer; LABRONICI, Rita Helena Duarte Dias; OLIVEIRA, Acary Souza Bulle; GABBAI, Alberto Alain. Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e relevância para o sistema de saúde atual. **Revista de Neurociências**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 111-117, 2001. Disponível em:

<<http://revistaneurociencias.com.br/edicoes/2001/RN%2009%2003/Pages%20from%20RN%2009%2003-5.pdf>>. Acesso em: 22 de janeiro de 2018.

BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Resolução Normativa 428, de 07 de novembro de 2017. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999; fixa as diretrizes de atenção à saúde; e revoga as Resoluções Normativas – RN nº 387, de 28 de outubro de 2015, e RN nº 407, de 3 de junho de 2016. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzUwMg==#capitulo3>> Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Brasília-DF, Diário Oficial da União, 27 jan. 2006. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/saude\\_pessoa\\_i\\_dosa/rdc\\_anvisa.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/saude_pessoa_i_dosa/rdc_anvisa.pdf)>. Acesso em: 10 de janeiro de 2018.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução Normativa N. 464, de 20 DE OUTUBRO DE 2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014\\_27457.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html)> Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução Normativa N. 1668, de 14 de fevereiro de 2003. Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2003/1668>> Acesso em: 14 de fevereiro de 2018.

BRASIL, Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de janeiro de 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/L9961.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9961.htm)> Acesso em: 20 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)> Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 de abril de 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)> Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 de outubro de 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm)> Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)> Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 de junho de 1998. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/L9656.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm)>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Diário Oficial da União, 2011; Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março de 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. Diário Oficial da União 1998; Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA\\_2416.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/PORTARIA_2416.pdf)>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016. Diário Oficial da União, 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)>. Acesso em: 12 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Portaria SAS/MS nº 1.531, de 04 de setembro de 2001. Diário Oficial da União, 2001; Disponível em: <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_249.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_249.pdf)>. Acesso em: 13 de fevereiro de 2018.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 1.537.301/RJ, da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça. Brasília. DJe 23/10/2015. Disponível em:

<[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1428545&num\\_registro=201500489012&data=20151023&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1428545&num_registro=201500489012&data=20151023&formato=PDF)>  
Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça. Recurso Especial 1.378.707/RJ, da Terceira Turma do Superior Tribunal de Justiça. Brasília. DJe 16/06/2015. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1407020&num\\_registro=201300995112&data=20150615&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1407020&num_registro=201300995112&data=20150615&formato=PDF)>  
Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

DAL BEM, Luiza Watanabe; GAIDIZNSKI, Raquel Rapone, Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária. **Acta Paul Enderm**, 2006, pp. 100-108. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a16v19n1>>. Acesso em 22 de março de 2018.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.

FRANCO, Túlio Batista, MERHY, Emerson Elias, Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008, pp. 1511-1520. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013513>>  
Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias; MARTINS, André Amorim. Atenção domiciliar na saúde suplementar. **Regulação e modelos assistenciais em saúde suplementar: produção científica da Rede de Centros Colaboradores da ANS - 2006/2008**, 2008, p.p. 339-362. Disponível em: <[http://biblioteca-ans/index.php?codigo\\_sophia=7463](http://biblioteca-ans/index.php?codigo_sophia=7463)>. Acesso em: 14 de janeiro de 2018.

RIO DE JANEIRO. Tribunal de Justiça. Apelação Cível n.º 0254971-55.2014.8.19.0001, da 25ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Julg. 26/01/2016. Disponível em: <http://www1.tjrj.jus.br/gedcacheweb/default.aspx?UZIP=1&GEDID=000443181329374F6BC48A8431D6CEABC20BC50449450253&USER=>> Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

SANTOS, Alethele de Oliveira; DELDUQUE, Maria Célia; MENDONCA, Ana Valéria Machado. Os discursos na Audiência Pública da Saúde e seu impacto nas decisões do Supremo Tribunal Federal: uma análise à luz da teoria dos sistemas sociais. **Saúde soc.** São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 184-192, June 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902015000500184&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000500184&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2018.

SILVA, José Afonso da. Curso de Direito Constitucional Positivo. 15.ed. São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 1998, pp. 796.

## ANEXO A – TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR - NEAD

### TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome do Paciente: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Principal: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_  
 Médico Assistente: \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE					
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR				SIM	NÃO
Apresenta Cuidador em período integral?					
O domicílio é livre de risco?					
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?					
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.					
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR					
	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR			ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
	24 HORAS	12 HORAS			
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia		Não utiliza	
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia		Não utiliza	
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia			Até 4 vezes/dia	
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.					
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR					
ESTADO NUTRICIONAL	0	1	2		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0 SEM AUXÍLIO	1 ASSISTIDA	2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3	POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0 INDEPENDENTE	1 DEPENDENTE PARCIAL	2 DEPENDENTE TOTAL		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0 0 - 1 INTERNAÇÃO	1 2 - 3 INTERNAÇÕES	2 > 3 INTERNAÇÕES		
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0 AUSENTE	1 ATÉ 5 VEZES AO DIA	2 MAIS DE 5 VEZES AO DIA		
LESÕES	0 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS		
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE		
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE			
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO		
			<b>PONTUAÇÃO FINAL:</b>		
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: ( ) Curativos ( ) Medicções Parenterais ( ) Outros Programas		De 12 a 17 Pontos	Considerar <b>Interação Domiciliar 12h</b>	
De 6 a 11 Pontos	Considerar <b>Atendimento Domiciliar Multiprofissional</b> (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)		18 ou mais Pontos	Considerar <b>Interação Domiciliar 24h</b>	

\* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica

\*\* Consulte ESCORE KATZ no verso.

\*\*\* Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

WPC/2016

## TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



ESCORE DE KATZ					
ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)			DEPENDÊNCIA 0 PONTO (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)	
	BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.			NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.			NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.	
IR AO BANHEIRO	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.			NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.	
TRANSFERÊNCIA	SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.			NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.	
CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).			É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.	
ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.			NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.	
<b>PONTUAÇÃO KATZ:</b>					
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL	< 2	DEPENDENTE TOTAL

Assinatura e Carimbo	Data
----------------------	------

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

**Grupo 1 – Elegibilidade**

- Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.
- Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.
- Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

**Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar**

- Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

**Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.**

- Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação

atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
  - 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
  - 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermóclise.
- Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.
  - No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.
  - A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

## ANEXO B – TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL – ABEMID



### TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID



Efetuada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome do Paciente:		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento - 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento - 12 h:	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento - 06 h:	
Diagnóstico Principal:		
Diagnóstico Secundário:		
Descrição	Itens da Avaliação	Pontos atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.	3
	Acesso Venoso Prof. Contínuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Contínuo	5
	Diálise Domiciliar	5
Quimioterapia	Oral	1
	Sub Cutânea	3
	Intra Venosa	5
	Intra Tecal	5
Suporte Ventilatório	O <sup>2</sup> Intermitente	2
	O <sup>2</sup> Contínuo	3
	Ventilação Mec. Intermitente	4
	Ventilação Mecânica Contínua	5
Lesão Vascular/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
	Úlcera de Pressão Grau IV	5
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Independente	0
	Semi-Dependente	2
	Dependente Total	5
Dependência de Reabilitação Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias	Independente	0
	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Ileo	3
	Nutrição Parenteral Total	5
Classificação dos Pacientes		TOTAL
Inferior a 07 pontos	Paciente não elegível para Internação Domiciliar	
De 08 à 12 pontos	Baixa Complexidade	
De 13 à 18 pontos	Média Complexidade	
Acima de 19 pontos	Alta Complexidade	
Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade		
Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade		
Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos		
Assinatura e carimbo:		Data:

 <b>TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID</b> 
Efetuada em ___/___/___
<b>OBSERVAÇÕES:</b>
<b>I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária:</b>
1- Entende-se por <b>paciente independente</b> aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem treinado
2- Entende-se por <b>parcialmente dependente</b> , aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo: a) Somente mobiliza-se do leito com ajuda de terceiros. b) Apresenta nível de consciência com confusão mental. c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente. d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários.
3- Entende-se por <b>totalmente dependente</b> , aquele que: a) apresenta-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com 3 ou mais intervenções diárias b) apresenta-se inconsciente/comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado a necessidade de algum dos suportes terapêuticos: cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar. c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo. d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P. O .
<b>II) Quanto a Classificação:</b>
a) Se o somatório de pontos obtidos <b>for menor ou igual a 07 pontos</b> , o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar; b) Se o somatório de pontos obtidos <b>for de 08 a 12 pontos</b> , o paciente será considerado de Baixa Complexidade; c) Se o somatório de pontos obtidos <b>for de 13 a 18 pontos</b> , o paciente será considerado de Média Complexidade; d) Se o somatório de pontos obtidos <b>for igual ou superior a 19 pontos</b> , o paciente será considerado de Alta Complexidade; e) Ao obter 01 pontuação 5, o paciente migra automaticamente para Média Complexidade; f) Ao obter <b>02 ou mais pontuações 5</b> , o paciente migra automaticamente para Alta Complexidade, independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas).
<b>Obs.: 1</b> - Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados a coluna SUPORTE TERAPÊUTICO, os pontos NÃO se somam, <b>SEMPRE</b> prevalecendo o item de <b>MAIOR</b> pontuação em decorrência da maior COMPLEXIDADE
<b>Obs.: 2</b> - Entende-se por <b>DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS</b> a necessidade de enfermagem 24h
<b>Obs.: 3</b> - Entende-se por <b>DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS</b> a necessidade de enfermagem 12h