

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CLARISSA LIMA AVILA

**PERFIL DAS AÇÕES JUDICIAIS RELACIONADAS À ATENÇÃO DOMICILIAR NO
ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL**

PORTO ALEGRE

2021

CLARISSA LIMA AVILA

**PERFIL DAS AÇÕES JUDICIAIS RELACIONADAS À ATENÇÃO DOMICILIAR NO
ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO GRANDE DO
SUL**

Trabalho de conclusão de curso de
Especialização, apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de Especialista em
Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Avila, Clarissa Lima

PERFIL DAS AÇÕES JUDICIAIS RELACIONADAS À ATENÇÃO
DOMICILIAR NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL / Clarissa Lima Avila. --
2021.

35 f.

Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Saúde Pública, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Judicialização da Saúde. 2. Serviços de
assistência domiciliar. 3. Atenção domiciliar à saúde.
4. Home care. I. Rosa, Roger dos Santos, orient. II.
Título.

AGRADECIMENTOS

Aventurar-se em uma formação acadêmica diversa da formação primeira é, sem dúvida, um caminho cheio de obstáculos, adversidades e contratempos. Mas, também, é um caminho rico em conhecimento. Conhecimento que não se constrói sozinho. Foram algumas pessoas que estiveram comigo nessa caminhada. Infelizmente, é difícil enumerar todas, mas algumas foram essenciais para que eu chegasse até aqui e merecem meus sinceros agradecimentos.

Primeiramente, em um momento tão diferente, agradeço a Deus pela minha saúde e de meus familiares. Sem dúvida, em meio a uma pandemia, ter saúde é uma dádiva.

Ao Professor Doutor Roger dos Santos da Rosa, meu orientador, meu especial agradecimento por todo auxílio dispensado na elaboração deste estudo. Por meio de suas orientações sábias em um caminho adverso, sua valiosa contribuição foi fundamental para a concepção do trabalho. É indescritível a oportunidade de poder desfrutar de seus ensinamentos.

Aos Professores do Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por compartilharem seu conhecimento, contribuindo, assim, para minha caminhada acadêmica.

Às minhas queridas amigas Jéssica Bianchessi, Angelise Martins, Ana Paula Kleemann e Eliziane Ferranti, que me apresentaram a Saúde Pública e me mostraram que o Sistema Único de Saúde funciona.

E, por fim, e não menos importante, à minha família! Meu bem maior! São pilares da minha existência! Por eles, tudo, sempre!

Muito obrigada!

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo analisar o perfil das demandas judiciais julgadas no estado do Rio Grande do Sul entre os anos de 2019 e 2020 ajuizadas contra os entes federados, União, Estado do Rio Grande do Sul e municípios gaúchos, visando o cumprimento de ordem judicial para possibilitar o atendimento do paciente em seu domicílio, bem como descrever o perfil dessas ações judiciais e os motivos de seu ajuizamento. A atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde está prevista na Lei nº 8.080/1990 que, em seu Capítulo VI, dispõe sobre o Subsistema de Atendimento e Internação Domiciliar. Realizou-se uma revisão de jurisprudência constante nos bancos de dados do Tribunal Regional Federal da 4ª Região e Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Foram achados 59 julgados contendo as expressões 'atenção domiciliar' ou '*home care*' ou 'União' ou 'Estado do Rio Grande do Sul' ou 'Município' relativos aos anos pesquisados. São frequentes doenças como, esclerose lateral amiotrófica, neoplasias, sequelas de acidente vascular cerebral e de acidente de trânsito como justificativa da causa de pedir. Embora saúde seja direito de todos e dever do Estado nos termos do disposto na Constituição Federal, da coleta de dados extraídos dos julgamentos havidos, verificou-se que o entendimento adotado pelos tribunais é no sentido que, para o fornecimento do chamado *home care*, é necessário que haja comprovação de que o demandante seja acometido por moléstia que inspire cuidados e exija atendimento hospitalar constante capaz de justificar o fornecimento de atendimento diário. Ainda é pacífico o entendimento no sentido de proporcionar o serviço de atenção domiciliar nos limites previstos na legislação de regência.

Palavras-chave: Judicialização da Saúde. Serviços de assistência domiciliar. Atenção domiciliar à saúde. *Home care*.

ABSTRACT

This study aims to analyze the profile of lawsuits judged in the state of Rio Grande do Sul between the years 2019-2020 filed against federal entities, the Union, the State of Rio Grande do Sul and municipalities in the State of Rio Grande do Sul for compliance with a court order to enable patient care at home as well as describe the profile of these lawsuits and the reasons for their filing. Home care within the Unified Health System is provided for in Law No. 8.080 / 1990 which, in its Chapter VI, provides for the Home Care and Hospitalization Subsystem. A review of jurisprudence was carried out in the databases of the Federal Regional Court of the 4th Region and the Court of Justice of the State of Rio Grande do Sul. 59 judgments were found containing the expressions 'home care' or 'home care' or 'União ' or 'State of Rio Grande do Sul' or 'Municipality' for the years surveyed. Diseases such as amyotrophic lateral sclerosis, neoplasms, sequelae of stroke and traffic accident are frequent as justification for the cause of asking. Although health is everyone's right and the State's duty under the terms of the agreement in the Federal Constitution, from the collection of data extracted from the judgments that have taken place, it was found that the understanding adopted by the courts is in the sense that, for the mandatory of the so-called home care, it is there must be proof that the applicant is affected by a disease that inspires care and requires constant hospital care capable of justifying the provision of daily care. The understanding of providing the home care service within the limits established in the governing legislation is still peaceful.

Keywords: Health Judicialization. Home care service. Home health care. Home care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
AF	Assistência Farmacêutica
AME	Atrofia Muscular Espinhal
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CF	Constituição Federal
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande Do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	23
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
6 CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS	32
MINI CURRÍCULO	36

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde, como direito fundamental, deve ser tido como um dos mais importantes direitos do indivíduo.

Da forma como posto atualmente, o direito à saúde é algo recente no contexto social. Historicamente, as Constituições de 1824 e 1891 sequer mencionavam tal direito. As Constituições Federais (CF) de 1934, 1937, 1946 e 1967, por seu turno, tão somente disciplinavam as competências legislativas dos entes federativos no tocante aos cuidados com a saúde da população brasileira.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde tornou-se marco histórico na luta sanitária. Pela primeira vez, o tema saúde foi discutido como um direito. Assim, nos termos do Relatório Final, o direito à saúde passou a ser tido como:

[...] garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 2011, p. 4).

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira carta constitucional a assentar o acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária, sendo considerada uma vitória do movimento sanitário da época, haja vista que somente eram assistidos pelo sistema público de saúde os trabalhadores vinculados à previdência social.

Assim, é possível afirmar que a Constituição Federal de 1988¹ inovou ao incluir a saúde no rol de direitos fundamentais sociais (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, o direito à saúde é regulamentado a partir do artigo 196 e seguintes da carta constitucional:

Art. 196. A **saúde é direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (grifo do autor)

¹ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Ainda, as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública, nos termos do artigo 197:

Art. 197. **São de relevância pública as ações e serviços de saúde**, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (grifo do autor)

No Brasil, as questões relacionadas ao atendimento em saúde da população estiveram por um longo período ligadas à previdência social. Contudo, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, esta visão passou a ser modificada. Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), as noções de gratuidade, do atendimento integral, da descentralização e da participação da comunidade passaram a permear as discussões sobre o tema.

Na carta constitucional, restam estabelecidas as diretrizes norteadoras deste sistema de saúde, quais sejam, nos termos do artigo 198, CF: i) descentralização, com direção única em cada esfera de governo; ii) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; iii) participação da comunidade.

Neste contexto de atendimento integral e direito social constitucionalmente consagrado, encontra-se a discussão que ora se pretende entabular, uma vez que são inúmeras as decisões judiciais que reiteram o dever do Estado em assegurar o livre acesso à saúde, com tratamento adequado. Exemplo do próprio Supremo Tribunal Federal (STF, 2012), de longa data, do julgado em sede de agravo regimental em agravo de instrumento da relatoria do Ministro Joaquim Barbosa:

Consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. **Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo.** [AI 550.530 AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, j. 26-6-2012, 2ª T, DJE de 16-8-2012.] (grifo do autor)

O entendimento acerca da solidariedade dos entes da federação, nas demandas prestacionais na área da saúde, restou sedimentado pelo STF no

juízo do Recurso Extraordinário n. 855.178/SE com Repercussão Geral (Tema 793):

793 - Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL, 2021, p. 44).

Dessa forma, a prestação de serviços de saúde constitui responsabilidade solidária da União, dos Estados e dos Municípios, derivada dos artigos 6º, 23, II, 30, VII e 196 da Constituição Federal c/c o art. 241 da Constituição Estadual, no caso do Estado do Rio Grande do Sul, independentemente da previsão do tratamento e/ou medicamento constar nas listas do SUS, ou especificamente na lista correspondente ao ente demandado:

Constituição Federal

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

[...]

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

Art. 30. Compete aos Municípios:

[...]

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

Constituição do Estado do Rio Grande do Sul

Art. 241. A saúde é direito de todos e dever do Estado e do Município, através de sua promoção, proteção e recuperação.

Parágrafo único. O dever do Estado, garantido por adequada política social e econômica, não exclui o do indivíduo, da família e de instituições e empresas que produzam riscos ou danos à saúde do indivíduo ou da coletividade.

Nesse contexto, tem-se expressivo número de julgados havidos nos Tribunais de Justiça acerca da responsabilidade da administração pública em suportar o ônus do tratamento de saúde da população, sejam eles simples medicamentos ou procedimentos cirúrgicos mais complexos.

Portanto, pretende-se, com o presente projeto, compreender a chamada judicialização da saúde, especialmente as relacionadas à atenção domiciliar no âmbito do SUS, definida pela Lei Federal nº 8080/90 e Portaria de Consolidação nº 5/2017.

A atenção domiciliar, definida no inciso I do artigo 532 da já referida portaria de consolidação, é a modalidade de atenção à saúde integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), 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.

Nesse sentido, a incorporação da atenção domiciliar no SUS, por meio da implantação da Política Nacional de Atenção Domiciliar em 2011, tem a pretensão de garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais, representando uma tentativa de resposta às demandas crescentes por outras formas de cuidado não hospitalares no país (BRAGA *et al.*, 2016, p. 204)

Trata-se de modelo substitutivo ao cuidado hospitalar feito em domicílio, com vistas ao bem-estar do paciente, buscando a melhora da sua qualidade de vida dada a maior convivência familiar, e com a consequente redução de gastos do poder público.

Contudo, embora instituído o Programa Melhor em Casa, após implantação da política pública mencionada, ainda existe déficit na oferta de serviços de atenção domiciliar diante da demanda que se apresenta no cenário nacional (BRAGA *et al.*, 2016, p. 204). Tal problemática vem sendo enfrentada nos tribunais com a aludida judicialização.

Desse modo, no decorrer do estudo, propõe-se examinar o ativismo judicial no âmbito da gestão local, quantificando o número de demandas julgadas no Estado do Rio Grande do Sul entre os anos de 2019-2020 contra a União, o Estado e os municípios gaúchos, visando o cumprimento de ordem judicial com vistas a possibilitar o atendimento do paciente em seu domicílio, bem como relacionar o perfil das ações judiciais postas *sub judice*, elencando os motivos de seu ajuizamento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil das demandas judiciais julgadas no Estado do Rio Grande do Sul entre os anos de 2019-2020, visando o atendimento de atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Dentre os objetivos específicos, busca-se:

- a) Quantificar o número de demandas julgadas pelos Tribunais de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul e Tribunal Regional Federal da 4ª Região;
- b) Analisar os entes federados demandados;
- c) Relacionar os motivos de maior frequência de demandas judiciais ajuizadas contra os entes públicos, quantificando-as.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O direito à saúde, como estabelecido na ordem jurídica, integra uma das dimensões dos direitos fundamentais. Estas, por seu turno, são divididas em direitos individuais, direitos sociais e direitos de fraternidade.

Sob esse prisma, está a proteção dos direitos fundamentais com a efetiva execução de políticas públicas capazes de suportar as demandas da população.

A Constituição Federal, ao dispor em seu artigo 6º o rol dos direitos e garantias fundamentais, incluiu um conjunto de direitos sociais prestacionais proporcionados pelo Estado, direta ou indiretamente. Nesse sentido, ensina José Afonso da Silva (2009, p. 286-287):

[...] os direitos sociais, como dimensão dos direitos fundamentais do homem, são prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade.

Cabe dizer que as políticas públicas se originam da junção de políticas de Estado, estabelecidas a partir da Constituição Federal e legislação infraconstitucional, com as políticas de governo de cunho político-partidário.

Quando há falha ou ausência, mesmo que aparente, na execução destas políticas, resta à população buscar atendimento às suas necessidades por outros meios. Nesse contexto, surge o fenômeno da judicialização da saúde, no qual inúmeras decisões judiciais são emanadas diariamente na pretensão de ver suprida eventual carência.

Nesse sentido, ensina Gilmar Ferreira Mendes (2015, p. 667):

Constatando-se a existência de políticas públicas que concretizam o direito constitucional à saúde, cabe ao Poder Judiciário, diante de demandas como as que postulam o fornecimento de medicamentos, identificar quais as razões que levaram a Administração a negar tal prestação.

Nesse sentido, ALBRECHT *et al.* (2017, p. 126) ao discorrerem sobre equidade e saúde mencionam:

A discussão sobre equidade deveria ser intensificada no contexto brasileiro, considerando que o Sistema Único de Saúde lida com um orçamento limitado e uma grande demanda, o que, por vezes, acaba sobrepondo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. O debate não deveria ocorrer

apenas no nível do acesso às ações e serviços de saúde, mas na equidade do processo que deve acontecer baseado na perspectiva da inclusão, caso contrário, o indivíduo pode ter acesso, mas se sentir excluído em participar do sistema de saúde. O desafio consiste em discutir uma forma de operacionalizar a equidade enfrentando a escassez de recursos e fazê-lo de forma contínua, sem que o princípio se perca ao longo do processo e, dessa forma, o indivíduo sinta-se discriminado no cuidado à saúde.

Com um número expressivo de decisões judiciais que assolam a administração pública, resta o questionamento acerca da interferência do Poder Judiciário nos limites orçamentários do ente estatal, na medida em que a efetivação de direitos sociais a partir de comando judicial gera despesa ao Erário.

Sobre isto, Mendes afirma:

[...] É certo que, se não cabe ao Poder Judiciário formular políticas sociais e econômicas na área da saúde, é sua obrigação verificar se as políticas eleitas pelos órgãos competentes atendem aos ditames constitucionais do acesso universal e igualitário.

Pode ocorrer de medicamentos requeridos constarem das listas do Ministério da Saúde, ou de políticas públicas estaduais ou municipais, mas não estarem sendo fornecidos à população por problemas de gestão: há política pública determinando o fornecimento do medicamento requerido, mas, por problemas administrativos do órgão competente, o acesso está interrompido. [...] (MENDES, 2015, p. 667).

Assim, a implementação de um direito social baseada numa ordem judicial tem despertado interesse não só por operadores do direito, mas de todos aqueles que buscam uma efetiva política pública organizada de modo a atender com êxito as demandas da saúde pública.

O indivíduo, ao não ter atendido seu pleito, especialmente no que concerne à saúde, busca o comando judicial como forma de impelir a administração pública a atender o pretendido, norteador-se do direito fundamental à saúde.

Por seu turno, a administração pública utiliza-se de argumentos como insuficiência de recursos financeiros e utilização do princípio da “reserva do possível” nas suas defesas.

Nesse contexto, é apropriada a colocação de Canotilho (2003, p. 431), ao discorrer que as demandas não podem ser solucionadas conforme a dimensão absoluta do “tudo ou nada”, dependendo de exame do caso concreto.

Todavia, pelo fiel cumprimento dos princípios da eficiência e economicidade, compete ao Poder Público comprovar o alegado, de forma a garantir o direito à boa administração pública.

Nesse sentido, manifesta-se a Desembargadora Maria Izabel de Azevedo Souza², quando da apreciação do tema:

[...] O direito social à saúde, a exemplo de todos os direitos (de liberdade ou não) não é absoluto, estando o seu conteúdo vinculado ao bem de todos os membros da comunidade e não apenas ao indivíduo isoladamente. Trata-se de direito limitado à regulamentação legal e administrativa diante da escassez de recursos, cuja alocação exige escolhas trágicas pela impossibilidade de atendimento integral a todos, ao mesmo tempo, no mais elevado standard permitido pela ciência e tecnologia médicas. Cabe à lei e à direção do SUS definir seu conteúdo em obediência aos princípios constitucionais. [...] (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2007, on-line).

Da mesma forma, está a necessidade de revisão das rotinas da atenção farmacêutica. Nas palavras de Pepe *et al.* (2010, p. 2405):

Os desafios para a gestão da assistência farmacêutica (AF) provocados pelo fenômeno da judicialização da saúde vêm exigindo um tipo de atuação do gestor, administrativa e judicialmente diferenciada, no sentido de responder às ordens judiciais, evitar o crescimento de novas demandas, bem como preservar os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destarte, a obtenção de políticas públicas por meio de comandos judiciais implica não somente na execução do pretendido, mas pode significar interferência nas escolhas e prioridades estabelecidas pelo Estado, acarretando constante alteração no orçamento destinado às políticas públicas de saúde.

Nesse contexto, estão as ações judiciais que pleiteiam o atendimento domiciliar de pessoas com agravos de saúde por meio do chamado “*home care*”, como é apresentado pelo sistema de atendimento privado e, no âmbito do SUS, pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Para melhor compreensão do modelo, é necessário fazer um apanhado de todo o regramento que envolve o tema ora analisado, bem como uma retrospectiva histórica.

Embora o cuidado domiciliar de pacientes enfermos e acamados estivesse presente desde os primórdios da humanidade, com as chamadas visitas médicas, um dos primeiros registros conhecidos sobre o cuidado domiciliar de pacientes enfermos realizado de modo formal é estadunidense, no ano de 1947, como forma de internação

² TJRS. AI nº 70019001916. Julgado em 26/04/2007, Relatora Desembargadora Maria Izabel de Azevedo Souza.

domiciliar visando a liberação de leitos hospitalares e a criação de um ambiente mais favorável à recuperação dos doentes (RAJÃO, 2018, p. 17).

No Brasil, o marco do atendimento domiciliar organizado como serviço data de 1949, com a fundação do Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). Vinculado inicialmente ao Ministério do Trabalho, posteriormente, em 1967, foi incorporado ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

A partir dos anos 90, observou-se a expansão dos serviços de atenção domiciliar, especialmente no sistema de saúde suplementar, via planos de saúde, não só visando redução do tempo de permanência hospitalar, nos casos de internação prolongada, mas também como forma de potencializar o custo-benefício do cuidado.

Em termos de marcos legais, como já bem destacado no artigo 198 da Constituição Federal, o SUS é constituído de ações e serviços públicos de saúde integrados em uma rede regionalizada.

Da mesma forma, a Lei nº 8.080, de 1990, disciplina em seu artigo 7º acerca da universalidade de acesso, integralidade de atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo como princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990).

Ainda, o artigo 19-I, incluído pela Lei nº 10.424, de 2002, dispõe sobre o atendimento e internação domiciliar, senão veja-se:

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar § 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família (BRASIL, 2002, on-line).

A Lei nº 10.741/2003, conhecida como Estatuto do Idoso, também dispõe sobre a possibilidade de atendimento domiciliar, incluindo a internação, nos seguintes termos:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a

prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

[...]

IV – 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; (BRASIL, 2003, on-line).

Em 1998, ao ser editada, a Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março, passa a estabelecer requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS.

A Atenção domiciliar no âmbito do SUS foi instituída por meio da Portaria GM/MS 2.029, de 24 de agosto de 2011, alterada pelas Portarias GM/MS 2.527, de 27 de outubro de 2011, que redefiniu a atenção domiciliar e pela Portaria GM/MS nº 1.533, de 16 de julho de 2012, que alterou e acresceu alguns dispositivos.

Posteriormente, a Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, redefiniu a atenção domiciliar no âmbito do SUS. Também foram editadas outras portarias sobre o tema. A Portaria nº 1.026, de 3 de junho de 2013, fixou o valor do incentivo de custeio referente à implantação do SAD. A Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013 dispôs sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. Na sequência, a Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013, fixou o valor do incentivo de custeio referente à implantação do SAD.

Em 2014, houve nova alteração com a edição da Portaria nº 2.290, de 21 de outubro de 2014, que alterou a Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. No mesmo ano, a Portaria nº 2.474, de 11 de novembro de 2014 habilitou estabelecimentos de saúde contemplados com SAD.

Nova delimitação sobre a atenção domiciliar no âmbito do SUS se deu com a edição da Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefiniu a Atenção Domiciliar e atualizou as equipes habilitadas (BRASIL, 2016).

Por fim, a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, ao compilar todas as normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS, dispôs no seu capítulo III o regramento acerca do atendimento e internação domiciliar.

Nos termos do artigo 532, I, da referida norma, atenção domiciliar é:

Art. 532 (...)

I – Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), 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 (BRASIL, 2017, on-line).

Ainda, o inciso II da mesma disposição, conceitua:

Art. 532 (...)

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2017, on-line).

O artigo 535 discorre acerca da indicação do serviço de atenção domiciliar, senão veja-se:

Art. 535. A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2017, on-line).

As modalidades ofertadas pelos serviços de atenção domiciliar estão dispostas nos artigos 538, 539 e 540, seguindo modelo indicado no artigo 536 da normativa:

Art. 536. A AD será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);
II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e
III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.
§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

Art. 538. Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

Art. 539. Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
 II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
 III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou
 IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.

Art. 540. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2017, on-line).

O Caderno de Atenção Domiciliar, editado pelo Ministério da Saúde, ainda no ano de 2012, ao abordar os parâmetros e condições de elegibilidade na atenção domiciliar, divide os critérios em clínicos e administrativos:

Os critérios clínicos dizem respeito à situação do paciente, aos procedimentos necessários ao cuidado e à frequência de visitas de que necessita, [...]. Os critérios administrativos se referem aos quesitos administrativos/operacionais/legais necessários para que o cuidado em AD seja realizado (BRASIL, 2012, p. 72).

Nesse contexto, tem-se a Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária que, ao dispor sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar, estabelece critérios administrativos para a inclusão de paciente na internação domiciliar:

4.15 O SAD deve observar, como critério de inclusão para a internação domiciliar, se o domicílio dos pacientes conta com suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso, facilidade de acesso para veículos e ambiente com janela, específico para o paciente, com dimensões mínimas para um leito e equipamentos (BRASIL, 2006, on-line).

No que tange à literatura sobre atenção domiciliar, a produção acadêmica tem se mostrado cada dia mais atenta pelo interesse que o tema desperta sobre importante programa de saúde.

Rajão *et al.* (2020, p. 1865) considera:

Mudanças no perfil demográfico e epidemiológico, tanto no Brasil, quanto no cenário internacional, fazem emergir a necessidade de adaptação do modelo de atenção em saúde, levando diversos países a pensar na Atenção Domiciliar (AD) como um ponto de cuidado estratégico para a atenção em saúde.

E ainda, complementa:

[...] a nomenclatura ‘Atenção Domiciliar’ designa um conceito de maior amplitude, um termo geral que designa a organização do sistema e das práticas de saúde, que abrange o atendimento, a visita e a internação domiciliar. O atendimento domiciliar é também considerado como assistência domiciliar ou cuidado domiciliar, na literatura internacional: *home care*. A visita domiciliar é, por sua vez, o conceito mais difundido no sistema de saúde brasileiro e nas práticas de saúde da comunidade. E a internação domiciliar, modalidade da atenção domiciliar que se utiliza das tecnologias duras em saúde, relacionada com prestação de serviços de média e alta complexidade. (p. 1864).

Para Procópio *et al.* (2019, p. 592), “a Atenção Domiciliar é um espaço singular da saúde e pode constituir um espaço potente para reinvenção das relações entre usuários, cuidadores e equipes, questionando os modos hegemônicos de se produzir cuidado”.

Nesse sentido, relativamente ao serviço de atenção domiciliar ofertado, Braga *et al.* (2016, p. 904) discorre:

A incorporação da AD no SUS pretendeu garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização, regionalização e hierarquização e representou uma tentativa de resposta às demandas crescentes por outras formas de cuidado não hospitalares no país.

Assim, o cuidado de paciente com agravo de saúde na atenção domiciliar é visto como vantagem no desfecho positivo do cuidado, uma vez que o bem-estar decorrente do maior convívio com a família, o carinho e atenção familiar, perfazem elementos importantes para a melhor evolução do quadro clínico.

Da mesma maneira, o paciente tem menor risco de complicações clínicas em virtude de infecções decorrentes da permanência em ambiente hospitalar.

Ademais, a implementação de tal política pública acarreta na melhor gestão do sistema de saúde, em especial o hospitalar, uma vez que contribui para a redução de tempo de internação.

Contudo, inúmeros são os desafios da gestão pública no sentido do efetivo implemento desta tão importante política de saúde pública.

Conforme Procópio *et al.* (2019, p. 592):

Apesar dos avanços, tanto com relação à legislação que regulamenta a AD no Brasil quanto à qualidade do cuidado prestado, sua construção não fez parte do projeto que originou o SUS, assumindo um lugar de modalidade complementar na atenção à saúde. Assim, a sua oferta permanece aquém das necessidades no País, e ela encontra-se vulnerável às mudanças governamentais e prioridades econômicas.

Os desafios iniciais, talvez, possam estar relacionados com a própria estrutura de saúde das secretarias municipais, visto que os municípios, nos quais o programa é diretamente executado, nem sempre dispõem de profissionais suficientes para sua implementação.

Ainda, a infraestrutura do domicílio do paciente é ponto fundamental a ser observado, uma vez que muitas das residências não possuem condições mínimas adequadas para instalação de equipamentos médicos e o devido cuidado.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo de revisão de jurisprudência, com base no levantamento de dados públicos disponíveis no sítio do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (2015, on-line) e do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (on-line) acerca das ações ajuizadas entre os anos de 2019 e 2020 buscando o direito à atenção domiciliar, o chamado “*home care*”, e tendo como requerido os entes públicos: União, Estado e Municípios. Conforme Michaelis (2021, on-line):

Jurisprudência ju-ris-pru-dên-ci-a sf
 1 JUR Ciência do direito e das leis.
 2 Uniformidade de decisões a respeito de um caso determinado que, ao ser submetido aos tribunais, encontra precedentes em decisões anteriores.
 3 FIG Uso estabelecido empregado como referência e exemplo.

Ainda, como bem informado no próprio site:

Por intermédio da pesquisa de jurisprudência é possível localizar decisões do Tribunal de Justiça, Tribunal de Alçada e Turmas Recursais do Rio Grande do Sul (inteiro teor ou ementa).
 A busca pode ser realizada utilizando-se os diversos filtros existentes, por exemplo, Tribunal, Órgão Julgador, Relator/Redator, Tipo de Processo, Classe CNJ, Assunto CNJ, dentre outros.
 A utilização dos filtros permite a recuperação de resultados relevantes à pesquisa do usuário (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2015, on-line).

Assim, a tabulação dos dados visa avaliar não somente os resultados das demandas judiciais, mas também traçar um perfil dos demandantes, por meio da descrição das características dos processos ajuizados.

A elaboração deste estudo se deu mediante as seguintes etapas: 1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora; 2) coleta de dados; 3) busca na literatura; 4) análise dos dados tabulados; 5) apresentação dos dados coletados; e 6) síntese e apresentação dos resultados.

Realizou-se a busca na base de jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul e no Tribunal Regional Federal da 4ª Região utilizando-se como estratégia de busca a combinação de palavras-chave (*'Home Care'* or *'Atenção domiciliar'* or *'Serviços de Atenção Domiciliar'* or *'Assistência domiciliar'*) and (*'União'* or *'Estado do Rio Grande do Sul'* or *'município'*).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, em que pese não ser objeto desta pesquisa, importante esclarecer como ocorre a tramitação de processos judiciais contra a União, Estado do Rio Grande do Sul e municípios, tendo diferentes órgãos julgadores devido à separação de competência de julgamento prevista no Capítulo III da Constituição Federal.

Por questão de alçada, nos termos do artigo 109 da Constituição Federal, as ações intentadas contra a União tramitam perante a Justiça Federal, sendo julgadas em instância superior no Tribunal Regional Federal da 4ª Região. Já as demandas contra o Estado do Rio Grande do Sul e municípios, tramitam junto à Justiça Estadual, sendo julgadas pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul.

Nesse sentido:

Art. 109. Aos **juízes federais compete processar e julgar:**

I - **as causas em que a União**, entidade autárquica ou empresa pública federal **forem interessadas na condição de autoras, rés, assistentes ou oponentes**, exceto as de falência, as de acidentes de trabalho e as sujeitas à Justiça Eleitoral e à Justiça do Trabalho; (grifos do autor)

Assim, para fins de melhor atingimento dos objetivos pretendidos na presente pesquisa – incluindo as demandas contra União, o Estado do Rio Grande do Sul e municípios gaúchos – a busca deu-se nas plataformas dos sítios do Tribunal Regional Federal da 4ª Região e Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. Em que pese o destino final dos julgamentos se darem no Superior Tribunal de Justiça e no Supremo Tribunal Federal, limitou-se a seleção de jurisprudência no âmbito do território do Rio Grande do Sul.

Feitos os esclarecimentos iniciais, passa-se para a apresentação dos dados e análise dos achados.

A busca inicial se deu com a palavra-chave “atenção domiciliar”. Com base nesse critério de busca, foram selecionados 4 acórdãos relativos ao ano de 2019 e 1 acórdão do ano de 2020, resultantes de julgamentos no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul e 4 acórdãos relativos ao ano de 2019, e 1 acórdão do ano de 2020, resultantes de julgamentos no Tribunal Regional Federal da 4ª Região.

Alterando os critérios de busca, estendendo a pesquisa também para a expressão “*home care*”, houve incremento do resultado, sendo selecionados 310

acórdãos relativos ao ano de 2019 e 100 acórdãos do ano de 2020, resultantes de julgamentos no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul e 10 acórdãos relativos ao ano de 2019, e 7 acórdãos do ano de 2020, resultantes de julgamentos no Tribunal Regional Federal da 4ª Região.

Da pesquisa, denota-se que prepondera no âmbito estadual os mais diversos tipos de demanda, inclusive contra a Companhia Estadual de Energia Elétrica, visando o fornecimento de energia para manutenção dos equipamentos de *home care*³ (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2020, on-line). Ademais, há elevada demanda contra o sistema suplementar, perfazendo 130 julgados relativos ao ano de 2019 e 37 julgados no ano de 2020. Outro órgão bastante demandado é o Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul, perfazendo 40 julgados nos anos de 2019 e 2020.

Contudo, com vistas a responder à questão norteadora, restringiu-se a pesquisa na mesma base de dados para as palavras-chave “*home care*” e “Estado do Rio Grande do Sul” ou “*home care*” e “município”. Na primeira alternativa de busca, o resultado foi de apenas 11 acórdãos de julgamentos realizados no ano de 2019 e 3 julgados relativos ao ano de 2020. Já com o critério de busca “município” junto à expressão “*home care*”, foram encontrados 25 julgados relativos ao ano de 2019 e 7 julgados de 2020, perfazendo um total de 46 julgados.

Com a mesma definição dos critérios de busca utilizados na instância estadual, foram selecionadas 18 decisões no Tribunal Regional Federal da 4ª região nas demandas contra a União, sendo 8 referentes ao ano de 2019 e 10 relativas ao ano de 2020.

Assim, dada a grande diferença nos resultados da pesquisa, nos diferentes parâmetros buscados, deu-se preferência por analisar julgados que contivessem as seguintes palavras-chave com vistas à obtenção dos questionamentos formulados: ‘atenção domiciliar’ or ‘*home care*’ e ‘união’ e ‘Estado do Rio Grande do Sul’ e

³ AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA SAÚDE DO MENOR LIGADOS À ENERGIA ELÉTRICA. HOME CARE. ENERGIA ELÉTRICA. CUSTEIO DO SERVIÇO PELOS ENTES PÚBLICOS. PRESENÇA DOS REQUISITOS DO ART. 300, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015. 1. **Caso em que o custeio das faturas de energia elétrica pelos entes públicos – diante da incapacidade financeira dos familiares – revela-se a complementação da pretensão concedida em outra demanda, na qual foi deferido o atendimento via home care ao menor, que necessita do uso aumentado de equipamentos elétricos para o tratamento de suas enfermidades.** 2. Tutela de urgência deferida na origem. AGRAVO DE INSTRUMENTO DESPROVIDO. (grifo do autor)

'município', excetuando-se, no caso do Estado do Rio Grande do Sul, os julgados que envolvam o Instituto de Previdência estadual.

Para análise, os julgados foram lidos exaustivamente dos acórdãos dos tribunais supramencionados, permitindo efetiva apropriação e organização do conteúdo em tabelas para melhor demonstração dos achados.

Além de destacar o número de demandas julgadas pelos Tribunais de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul e Regional Federal da 4ª Região, ajuizadas contra os entes públicos para exprimir a realidade posta ao crivo do Judiciário, optou-se por elencar também as doenças relacionadas às ações judiciais, cujos dados passam a serem apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Julgamentos havidos em sede de segunda instância contra os entes públicos por ente público segundo ano, Tribunal de Justiça Estadual do Rio Grande do Sul e Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2019-2020

Ente Público \ Ano	2019	2020	Total
União	8	10	18
Estado RS	11	3	14
Município	21	6	27
Total	40	19	59

Fonte: Elaboração da autora (2021) com base nos dados do Tribunal de Justiça Estadual do Rio Grande do Sul e Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2019-2020.

Outro ponto relacionado são os municípios gaúchos demandados, o que pode ser identificado na Tabela 2.

Tabela 2 - Julgamentos havidos em sede de segunda instância contra municípios do Rio Grande do Sul por município segundo ano, Tribunal de Justiça Estadual do Rio Grande do Sul e Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2019-2020

Município \ Ano	2019	2020	Total
Bento Gonçalves	1		1
Camaquã		1	1
Ijuí		1	1
Santa Maria	4	1	5
Santo Ângelo	5		5
Palmeira das Missões	1		1
Pelotas	1		1
Porto Alegre	2		2
Panambi		1	1
Vacaria	1	1	2
Viamão	1		1

Santiago	3		3
Tramandaí	1		1
Torres	1		1
Tucunduva		1	1
Total	21	6	27

Fonte: Elaboração da autora (2021) com base nos dados do Tribunal de Justiça Estadual do Rio Grande do Sul e Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2019-2020.

Pelos dados apresentados na Tabela 3, denota-se maior frequência de demandas na região da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

Tabela 3 - Municípios gaúchos demandados por Coordenadoria Regional de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (20--, on-line), Tribunal de Justiça Estadual do Rio Grande do Sul e Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2019-2020

Município	Coordenadoria Regional de Saúde
Bento Gonçalves	5ª
Camaquã	1ª
Ijuí	17º
Santa Maria	4ª
Santo Ângelo	12ª
Palmeira das Missões	15
Pelotas	3ª
Porto Alegre	1ª
Panambi	17ª
Vacaria	5ª
Viamão	1ª
Santiago	4ª
Tramandaí	18ª
Torres	18ª
Tucunduva	14ª

Fonte: Elaboração da autora (2021) com base nos dados do Tribunal de Justiça Estadual do Rio Grande do Sul e Tribunal Regional Federal da 4ª Região.

No que tange ao perfil das doenças relacionadas às demandas judiciais em tramitação, especialmente as postas sob análise dos Tribunais gaúchos, verifica-se que enfermidades como esclerose lateral amiotrófica, neoplasias, sequelas de acidente vascular cerebral e de acidente de trânsito representam parte das causas que necessitam da atenção domiciliar.

Tabela 4 - Doenças relacionadas às demandas judiciais em tramitação, Tribunal de Justiça Estadual do Rio Grande do Sul e Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2019-2020

Doença relacionada \ Ano	2019	2020	Total
Atrofia Muscular Espinhal (AME)		1	1
Ataxia espinocerebelar tipo 3	1		1
Complicações após a realização de duas neurocirurgias para retirada de tumor cerebral,	1		1
Doença de Alzheimer	1		1
Doença de Parkinson		1	1
Doença ganglioglioma grau I em fossa posterior – transição bulbo pontínea		1	1
Doença hipertensiva, angina pectoris, cegueira no olho esquerdo e sequelas de acidente vascular encefálico	1		1
Doença pulmonar crônica	1		1
Doença pulmonar obstrutiva crônica e sequelas de AVC (acidente vascular cerebral) isquêmico	1		1
Esclerose lateral amiotrófica	2	1	3
Esquizofrenia	1		1
Idade Avançada			
Gonartrose bilateral em joelhos; hipotireoidismo e obesidade		2	2
Neoplasias	3		3
Obesidade grau III, AVC (acidente vascular cerebral)	1		1
Paralisia cerebral, traqueostomia, gastrostomia e uso de ventilação mecânica		1	1
Sequelas acidente de trânsito	2	2	4
Sequelas de acidente vascular cerebral	1		1
Tetralogia de Fallot, traqueostomia e epilepsia	2		2
Tetraplegia	1		1
Transtorno muscular não especificado	1		1

Fonte: Elaboração da autora (2021) com base nos dados do Tribunal de Justiça Estadual do Rio Grande do Sul e Tribunal Regional Federal da 4ª Região, 2019-2020.

Contudo, em alguns julgados não é conferido o benefício ao requerente visto o mesmo não apresentar provas capazes de demonstrar a necessidade postulada.

Nesse sentido, tem entendido o Egrégio Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul:

APELAÇÕES CÍVEIS. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. SAÚDE PÚBLICA. FORNECIMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – HOME CARE – TÉCNICO DE ENFERMAGEM. DEMANDANTE PORTADORA DAS PATOLOGIAS ESPECIFICADAS PELOS CID10 M17 (GONARTROSE BILATERAL EM JOELHOS); CID10 E3.9 (HIPOTIREOIDISMO) E CID10 E66 (OBESIDADE). RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERADOS PELO FORNECIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE JUSTIFICATIVA PARA FORNECIMENTO DE HOME CARE RECONHECIDA NO CASO CONCRETO. 1. A prescrição do médico assistente indica nítido caráter assistencial. Em verdade, ao que

se verifica, a demandante, em que pese possua dificuldades, possui boa autonomia, e necessita de cuidador não especializado que a auxilie nas atividades cotidianas, como banho – serviço que, aliás, não apenas pode, como vem sendo efetivamente prestado por familiares. Home care, contudo, é atendimento especializado de enfermagem. 2. **Em havendo comprovação de que a paciente, que inspira cuidados, está acometida por moléstia que, no entanto, não exige atendimento hospitalar constante – ressaltados episódios específicos – merece ser afastada a obrigação do Réu ao atendimento integral em domicílio.** Nesse sentido, a desnecessidade de hospitalização e de suporte especializado indica falta de justificativa para a condenação ao fornecimento de atendimento diário, 07 dias por semana, 12 horas por dia, por técnico enfermagem, tal qual havia determinado a sentença. APELAÇÕES DO ESTADO E DO MUNICÍPIO PROVIDAS. UNÂNIME. (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, Apelação Cível, Nº 70084279595, Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Ricardo Torres Hermann, Julgado em: 29-07-2020, 2020) (grifo do autor).

E ainda:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. SERVIÇO DE “HOME CARE”. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOS REQUISITOS AUTORIZADORES DA TUTELA DE URGÊNCIA. DECISÃO MANTIDA. 1. A pretensão da parte agravante de obter a antecipação dos efeitos da tutela para que possa ter à sua disposição o serviço de “home care” não merece guarida neste exame perfunctório. 2. Para concessão da tutela de urgência são indispensáveis os requisitos listados na legislação de regência. Para isso, o direito da parte deve apresentar-se sem necessidade de dilação probatória, urgindo, para sua configuração, a comprovação dos pressupostos fáticos adequados à regra jurídica. Logo, diante do caso concreto e ausente os requisitos do art. 300 do CPC-15, em juízo de cognição sumária, cria óbices para a concessão da medida pleiteada 3. **Concessão parcial da tutela de urgência com a inclusão da agravante no Programa Melhor em Casa do Município de Bento Gonçalves, que tem atendimento de médico, equipe de enfermagem e fisioterapia, devendo o fornecimento de fraldas geriátricas ficar por conta da família da agravante.** AGRAVO DE INSTRUMENTO IMPROVIDO. (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, Agravo de Instrumento, Nº 70081258550, Terceira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Nelson Antônio Monteiro Pacheco, Julgado em: 25-07-2019) (grifo do autor)

Da mesma maneira, há constante indicação da realização de estudo social para averiguação da real situação do paciente e de sua família. No estudo são analisadas, inclusive, as condições estruturais do imóvel para verificar as possibilidades de instalação do atendimento necessário.

Nesse sentido:

AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO PÚBLICO NÃO ESPECIFICADO. ESTADO E MUNICÍPIO. FORNECIMENTO DE SERVIÇO DE “HOME CARE”. SAÚDE. GARANTIA CONSTITUCIONAL. DIREITOS SOCIAIS PRESTACIONAIS. LEGITIMIDADE PASSIVA. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DOS ENTES FEDERATIVOS. PRONUNCIAMENTO DO STF EM RECURSO EXTRAORDINÁRIO COM

REPERCUSSÃO GERAL. A saúde é direito de todos e dever do Estado, nos termos do art. 196 da Constituição Federal. “A competência comum dos entes da federação para cuidar da saúde consta do art. 23, II, da Constituição. União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde, tanto do indivíduo quanto da coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa, pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde. O fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles.” (excerto do RE 855.178, Relator: Min. LUIZ FUX, julgado em 05/03/2015, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL – MÉRITO. DJe 16-03-2015). ACESSO À SAÚDE. DIREITO FUNDAMENTAL QUE EXIGE PROTEÇÃO SUFICIENTE. O acesso à saúde é direito fundamental e as políticas públicas destinadas a implementá-lo, embora vinculem o Estado e os cidadãos, devem gerar proteção suficiente ao direito garantido, afigurando-se suscetíveis de revisão judicial, sem que daí se possa vislumbrar ofensa aos princípios da divisão de poderes, da reserva do possível ou da isonomia e impessoalidade. A outro turno, as normas internas de organização, funcionamento e gestão do Sistema Único de Saúde, de natureza administrativa, não arredam a legitimidade solidária dos entes federativos para responder às demandas de fornecimento de medicamentos, exames ou procedimentos deduzidas pelos desprovidos de recursos financeiros indispensáveis ao seu custeio. PRINCÍPIO DA RESERVA DO POSSÍVEL. INAPLICABILIDADE. O direito à saúde, erigido à categoria de preceito fundamental pela Constituição Federal, prepondera sobre o princípio da reserva do possível, cuja aplicação, tem sido relativizada pelo Supremo Tribunal Federal, em situações como a dos autos. TUTELA DE URGÊNCIA DEFERIDA NA ORIGEM MANTIDA. NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE PERÍCIA E DE ESTUDO SOCIAL A FIM DE COMPROVAR A NECESSIDADE DO PACIENTE. “In casu”, o autor postula internação domiciliar (“home care”) para tratamento de patologias que demandam cuidados constantes e atenção contínua. A prova documental acostada ao feito (atestado médico) contém indicativos idôneos de que o autor da ação está gravemente enfermo e necessita de cuidados de profissionais capacitados, não dispondo de meios para custear os serviços pretendidos. **Entretantes, como a dispensação de atendimento domiciliar pelo sistema “home care” implica gastos expressivos e constitui medida excepcional, faz-se necessária a realização de perícia técnica e Estudo Social na residência do requerente/agravado para averiguar as reais condições do autor e sua situação familiar.** RECURSO PROVIDO EM PARTE. (Agravado de Instrumento, Nº 70080106255, Vigésima Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Miguel Ângelo da Silva, Julgado em: 21-03-2019) (grifo do autor)

Entretanto, embora o direito à saúde seja garantido constitucionalmente, na condição de direito fundamental, devendo, assim, ser responsabilidade dos entes públicos, da leitura dos julgados destacados, restou evidente a cautela na concessão dessa garantia por parte do Judiciário gaúcho.

Para o deferimento do pleito, cristalina a imperiosa de demonstração contundente da necessidade postulada, seja por meio de prova documental, seja por estudo social na residência do requerente com a finalidade de avaliar as reais condições do caso concreto.

6 CONCLUSÕES

A atenção domiciliar, como posta na legislação de regência, se mostra como potente auxílio na busca pela qualidade de vida e de atendimento do paciente, haja vista que fora do ambiente hospitalar o risco de infecções diminui.

Por outro lado, é necessário que o poder público, no caso, o município, institua localmente essa política pública de saúde, dentro do regramento posto, capaz de atender as necessidades daqueles que dela precisam.

Ademais, a judicialização tem se mostrado uma alternativa às famílias que necessitam. Da leitura dos julgados, é possível inferir que por vezes há extrapolação dos pedidos realizados. Tais condutas acabam balizando as decisões emanadas pelos tribunais.

Nesse sentido, em que pese saúde ser direito de todos e dever do Estado nos termos do disposto na Constituição Federal, da coleta de dados extraídos dos julgamentos havidos tanto no Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, quanto no Tribunal Regional Federal da 4ª Região, verificou-se que o entendimento adotado para o fornecimento do chamado *home care*, especificamente nos casos ora analisados, é da necessidade de comprovação de que o demandante seja acometido por moléstia que inspire cuidados e exija atendimento hospitalar constante capaz de justificar o fornecimento de atendimento diário, 7 dias por semana, 12 horas por dia, por profissionais habilitados.

Outrossim, a necessidade de observância efetiva dos protocolos clínicos envolvidos nas demandas judiciais mostrou-se definidora do desfecho das decisões proferidas.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, Cristina Arthmar Mentz; ROSA, Roger dos Santos ; BORDIN, Ronaldo . O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saude e Sociedade* , v. 26, p. 115-128, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/kGzLZKCFrh3RVxS7f94rHNf/?lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2021

BRAGA, Patrícia Pinto; SENA, Roseni Rosângela de; SEIXAS, Clarissa Terenzi; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de; ANDRADE, Angélica Mônica; SILVA, Yara Cardoso. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 903-912, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.11382015>. Acesso em: 19 jul. 2021

BRASIL. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 11 de dezembro 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 fev. 2021.

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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm#art1. Acesso em: 21 jun. 2021.

BRASIL. **Lei n.º 10.041, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html. Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. **8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 23 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da

Saúde, 2012. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 184p.

BRASIL. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Disponível em
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
 Acesso em 05 de jun. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em:
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2021.

CANOTILHO, José Joaquim Gomes. **Direito constitucional e teoria da constituição**. 7. ed. 11 reimp. Coimbra : Almedina, 2003.

MENDES, Gilmar Ferreira. **Curso de direito constitucional**. 10. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2015.

MICHAELIS. **Jurisprudência**. Editora Melhoramentos, 2021. Disponível em:
<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/jurisprudencia>. Acesso em: 21 jun.2021.

PEPE, Vera Lúcia Edais *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2405-2414, 2010. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 mar. 2021.

PROCÓPIO, Laiane Claudia Rodrigues; SEIXAS, Clarissa Terenzi; AVELLAR, Raquel Souza; SILVA, Kênia Lara da; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019.

RAJÃO, Fabiana Lima; Martins, Mônica. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde.

Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 5, p. 1863-1877, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30862>. Acesso em: 04 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Coordenadorias Regionais de Saúde**, [20--]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/crs>. Acesso em: 15 jun. 2021.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional positivo**. 32. ed. São Paulo: Malheiros, 2009.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Agravo de Instrumento. **Direito à Saúde**. AI 550.530 AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, j. 26-6-2012, 2ª T, DJE de 16-8-2012, 2012, Disponível em: <https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/22083555/agreg-no-agravo-de-instrumento-ai-550530-pr-stf/inteiro-teor-110524027>. Acesso em: 10 jun. 2021.

SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. **Recurso Extraordinário n. 855.178/SE**. Responsabilidade solidária dos entes federados pelo dever de prestar assistência à saúde. Relator: Min. Luiz Fux, 2021. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=752469853>. Acesso em: 15 jun. 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Agravo de Instrumento nº 70019001916**. Julgado em 26/04/2007, Relatora Desembargadora Maria Isabel de Azevedo Souza. Disponível em: https://www.tjrs.jus.br/novo/buscas-solr/?aba=jurisprudencia&q=&conteudo_busca=ementa_completa. Acesso em: 10 mar 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Jurisprudência**, 2015. Disponível em: <https://www.tjrs.jus.br/novo/jurisprudencia-e-legislacao/jurisprudencia/>. Acesso em: 24 abr. 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Agravo de Instrumento nº 70081258550**. Terceira Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Nelson Antônio Monteiro Pacheco, Julgado em: 25-07-2019. Disponível em: <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/784017776/agravo-de-instrumento-ai-70081258550-rs/amp>. Acesso em: 12 mar. 2021.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Agravo de Instrumento nº 70084279595**. Segunda Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Ricardo Torres Hermann, Julgado em: 29-07-2020. Disponível em: <https://tj-rs.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/888774404/apelacao-civel-ac-70084279595-rs/inteiro-teor-888774410>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MINI CURRÍCULO

Possui graduação em Ciências Jurídicas e Sociais pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2005). Especialista em Direito Processual Civil pela Faculdade IDC (2009). Especialista em Direito Público pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2013) e Mestre em Direito, área de concentração Fundamentos da Experiência Jurídica, na Universidade Federal do Rio Grande Do Sul - UFRGS (2017). Pós-graduanda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande Do Sul - UFRGS (2020-2021). Foi Assessora Jurídica do Município de Sentinela do Sul/RS (2008-2012). Membro do Conselho dos Procuradores e Assessores Jurídicos Municipais (Projurs) - FAMURS no ano de 2009. Foi Assessora Jurídica (2012-2014), Diretora de Administração (2014-2016) e Coordenadora da Controladoria (2016-2017) da Fundação Hospitalar Getúlio Vargas, de Sapucaia do Sul/RS. Foi Assessora Jurídica da Procuradoria-Geral do Município de Canoas/RS (2019-2020). Tem experiência na área de Direito com ênfase em Direito Público.