

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 20ª Câmara Cível

COMARCA: Belo Horizonte - Segunda Instância

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004662

IDADE: 50 anos

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G35

PEDIDO DA AÇÃO: Assistência *Home Care* com disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas por tempo indeterminado, fraldas descartáveis e insumos.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação de cuidados básicos para paciente com diagnóstico de esclerose múltipla

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Qual o real quadro de saúde do paciente (nível de gravidade)? **R.: Gentileza reportar-se às considerações abaixo.**

Pelos documentos acostados é possível constatar que ele necessita do tratamento de *Home Care*, entendido como substituição à internação hospitalar? **R.: Considerando os elementos técnicos apresentados, o paciente não tem indicação de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar.**

Apesar da morbidade e baixa mobilidade apresentada por ele, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais sob regime de internação domiciliar, com disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral (24 horas/dia) por tempo indeterminado. Não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados de realização exclusiva pelo profissional técnico em enfermagem.

Considerando o caráter progressivo da doença e a baixa mobilidade já instalada, embora não seja imprescindível, a assistência domiciliar (conjunto de atividades multidisciplinares intermitentes de caráter

ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio), é preferível, e beneficiará o paciente, refletindo em melhora da qualidade de vida.

Há risco de morte caso o paciente não seja contemplado pelo fornecimento deste tipo de tratamento? **R.: Considerando os elementos técnicos apresentados, o paciente apresenta baixa mobilidade e dependência parcial de terceiros para o exercício das atividades básicas da vida diária. Não foram identificados elementos técnicos indicativos de risco iminente de morte, que possa ser mitigado pela assistência home care conforme foi solicitado.**

Com a evolução do caso, ocorrendo períodos de agudização, com alteração / flutuações da condição clínica do paciente, a modalidade de assistência / plano de atendimento deverá ser revisto e ajustado.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada (relatório médico de 07/12/20; evolução da fisioterapia 23/02/21; evolução da nutricionista em 24/02/21). No relatório médico consta que se trata de paciente com diagnóstico de esclerose múltipla secundariamente progressiva, com histórico do início dos sintomas aos 17 anos, evoluindo com diversos surtos ao longo do tempo, necessitando do uso de cadeira de rodas e uso de fraldas, devido a alterações do controle esfinteriano, na data de 07/12/20.

Evolução da fisioterapia em 23/02/2021 informa o paciente vem evoluindo com aumento progressivo do número das lesões no encéfalo e medula, apresentando sequelas permanentes (tetraparesia espástica mais acentuada em membros inferiores, incontinência urinária e ataxia de tronco), com piora progressiva do deficit neurológico, com restrição à cadeira de rodas, acianótico, padrão respiratório superficial sem esforço, redução da amplitude torácica, boa força muscular em membros superiores, encurtamento posterior de membros inferiores, pé equino.

Evolução da nutricionista em 24/02/2021 informa paciente alimentando-se por via oral, com dieta de consistência livre, aceita bem água, nega dor /

dificuldade de deglutição.

“Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Desta forma, a presença do cuidador nos lares têm sido mais frequente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. Cabe ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares”.⁽⁴⁾

“O cuidador, segundo a Portaria GM nº 963/2013, é a pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Essa ocupação integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. O cuidador é reconhecido como componente da atenção domiciliar, inclusive sua participação ativa é claramente prevista, em conjunto com a equipe profissional e familiares (BRASIL, 2013)”.⁽¹⁵⁾

“Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida”.⁽⁴⁾

A figura do cuidador é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte de uma equipe de atenção domiciliar, conforme definido na Portaria GM nº 963/2013 do Ministério da Saúde - Brasil.

O termo **Home Care - Atenção Domiciliar** (AD) configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio,

com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde pública e/ou privada. Tem como principais usuários, pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária.

O Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS, diz que para fins deste Parecer, o termo Home Care refere-se aos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, regulamentados pela Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência de Vigilância Sanitária ANVISA.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 - ANVISA, estabelece entre outras, as seguintes definições:

- 1) **Atenção Domiciliar**: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
- 2) **Cuidador**: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- 3) **Assistência domiciliar**: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- 4) **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.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, diz que a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) deve elaborar o plano de atenção domiciliar (PAD). Diz também que o SAD conforme definido no PAD deve prover os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

O COREN do Estado de Sergipe, a partir da Resolução do COFEN nº 186/1995 e do Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, emitiu Parecer Técnico nº 47/2015, o qual traz informações sobre as atribuições que são exclusivas da equipe de enfermagem, e quais podem ser delegadas aos cuidadores leigos, no que tange aos cuidados domiciliares do paciente acamado.

O Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, traz algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Apesar da evolução da morbidade e baixa mobilidade apresentada pelo paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional técnico em enfermagem. A modalidade de assistência domiciliar é compatível com o quadro apresentado por ele.

Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de internação domiciliar, modalidade assistencial que por si só, exige a presença do profissional de enfermagem por 24 horas.

A elegibilidade para internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos de necessidade de execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, e também depende que a condição clínica do paciente permita, seja compatível com a execução desses cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD são os mais utilizados.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, a condição clínica descrita para a paciente é compatível com a prestação de serviço de atenção domiciliar ambulatorial na modalidade de assistência domiciliar. Não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais com disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral (24 horas).

Com a evolução do caso, ocorrendo períodos de agudização, com alteração / flutuações da condição clínica do paciente, o plano de atendimento deverá ser revisto e ajustado. Havendo alteração da situação clínica descrita nos relatórios, com instalação de necessidade de internação, e sendo possível a instituição de internação domiciliar, essa modalidade assistencial por si só, prevê a realização de cuidados especializados que são exclusivos de profissionais habilitados, os quais não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo, durante o período de indicação da internação domiciliar, mas, que podem ser executados pelos profissionais habilitados, fora do ambiente hospitalar.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar intermitente, tem a finalidade de suprir a necessidade de atendimento especializado no domicílio de paciente de baixa mobilidade. A internação domiciliar, assim como a internação hospitalar, não são um cuidado prescrito por tempo indeterminado, e não visam suprir carência de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do paciente.

Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o **Programa Melhor em Casa** indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentem com algum grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para o tratamento, a palição, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação de autonomia do usuário (paciente), família e cuidador. *A inclusão no Programa, se faz pela procura do usuário/cuidador à unidade de saúde*, que dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a

melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento dos insumos.

A *Atenção Domiciliar* (AD) é modalidade de atenção à saúde integrada às 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. A atenção domiciliar pode ser direcionada a tratamentos de curto prazo para intercorrências agudas, de médio e longo prazo para situações crônicas e sequelares.

A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. A diferença entre as EMAD's e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional. O cuidado é organizado/realizado através de três modalidades assistenciais: Atenção Domiciliar - AD1, AD2 e AD3. 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.

A atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos, constitui uma atividade principal a ser realizada na atenção básica, para atender às pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem aos serviços de saúde, temporária ou permanentemente. O processo de AD é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde.

Fraldas descartáveis: O Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular, tem por objetivo disponibilizar à população, por meio da rede privada de farmácias e drogarias, os medicamentos do componente básico de assistência farmacêutica previamente definidos pelo Ministério da Saúde (RENAME) e as fraldas geriátricas. O fornecimento de fraldas descartáveis foi incluído no SUS, através da Portaria GM/MS nº 2.898, de 03

de novembro de 2021

A dispensação gratuita das fraldas está prevista aos idosos e às pessoas com deficiência. Para a obtenção deste benefício o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda, no qual também conste, a hipótese de paciente com deficiência, e sua respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID).

É importante destacar que o programa não prevê definição de marca, já que não existe embasamento técnico para tal. Está previsto o fornecimento de até 4 fraldas por dia, o que totaliza 120 fraldas por mês.

Considerando os elementos técnicos apresentados, o paciente apresenta doença crônico progressiva, evoluindo com instalação de limitações funcionais permanentes, condicionando incapacidade parcial para o exercício das atividades básicas da vida diária.

Não foram identificados elementos técnicos indicativos da imprescindibilidade de disponibilização de cama hospitalar e colchão pneumático para o paciente.

O paciente tem indicação de manutenção do acompanhamento multidisciplinar por tempo indeterminado. Considerando o caráter progressivo da doença e a baixa mobilidade já instalada, a assistência multidisciplinar intermitente no domicílio por tempo indeterminado, beneficiará o paciente. Não foram identificados elementos técnicos para o fornecimento de profissional de enfermagem por período de 24 horas.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.*
- 2) Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar). Resolução Normativa n.º 465/2021 ANS.
- 3) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.

- 4) Guia Prático do Cuidador de Idoso. Ministério da Saúde. 2008.
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
- 5) Resolução COFEN nº 186/1995.
http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1861995_4248.html
- 6) Resolução COFEN nº 358/2009.
http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAsncias.
- 7) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.
<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf>
- 8) Parecer Técnico COREN-PE nº 041/2016.
http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016_8124.html
- 9) Parecer Técnico nº 47/2015. COREN-SE.
http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-472015_8196.html
- 10) Parecer Técnico COREN-DF 24/2011.
<https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-242011/>
- 11) Aferição de Sinais Vitais. Um indicador do Cuidado Seguro em Idoso. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4): 1071-8.
<https://www.scielo.br/j/tce/a/c7Z8Jf3MMJxRcVd9xchrMNP/?format=pdf&lang=pt>
- 12) Resolução CFM nº 1.668 de 07/05/2003. “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”.
- 13) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013
- 14) Parecer COREN/GO nº 044/CTAP/2020. Assunto: Procedimento de aspiração de traqueostomia por cuidador em ambiente domiciliar.
- 15) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 16) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar.
<https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>
- 17) Luiza Watanabe Dal Bem, Raquel Rapone Gaidiznski. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária - Artigos de Revisão. Acta paul. Enferm. 19 (1). Março 2006.

[https://doi.org/10.1590/S0103 - 21002006000100016](https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100016)

V – DATA:

17/11/2023

NATJUS – TJMG