

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª vara cível

COMARCA: Lavras

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008645

IDADE: 85 anos

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G30.1, R13, M62.5, E46, D64.9, R54.

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care, medicamentos diversos, insumos (fraldas, luvas, curativos, cadeira para banho, cama hospitalar, colchão pneumático).

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação continuada de cuidados básicos diários de suporte de vida, para paciente com dependência total e permanente do auxílio de terceiros para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Nota técnica.

R.: Considerando os elementos técnicos apresentados, o idoso tem indicação de receber assistência domiciliar multidisciplinar através de visitas programadas de profissionais da saúde, em conformidade com o plano de atenção domiciliar individualizado (PAD), o qual deve ser periodicamente revisto, em conformidade com as necessidades de cada momento da evolução do quadro clínico do paciente.

Não foram identificados elementos técnicos que indiquem a necessidade de realização de cuidados, procedimentos especializados exclusivos de profissionais da saúde habilitados.

A solicitação de disponibilização de profissional de enfermagem por período integral de 24 horas, caracteriza situação de internação domiciliar por tempo indeterminado, o que não se justifica.

A internação domiciliar é modalidade de assistência temporária, passível de ser realizada quando na agudização de quadros crônicos ocorre instalação da necessidade de realização de procedimentos de execução exclusiva de profissionais da saúde, os quais podem ser realizados no

domicílio, durante o período da internação domiciliar, evitando a internação hospitalar.

Durante o período de internação domiciliar já está implícita a necessidade de disponibilização do técnico de enfermagem para a realização de procedimentos profissionais inerentes à profissão. Inclusive é importante destacar também, que durante a internação domiciliar, além da presença do técnico de enfermagem por período integral, é exigida visita médica diária para evolução / prescrição para o paciente, ou seja, a frequência das visitas médicas são diárias, e não quinzenal, como requerido no relatório médico apresentado.

Ocorrendo a alta do paciente da internação domiciliar, a continuidade dos cuidados profissionais domiciliares, é realizado através do Home Care na modalidade de assistência domiciliar com visitas programadas definidas através do PAD.

Os cuidados de suporte de vida, tais como: higiene e troca de fraldas, alimentação por via oral ou gastrostomia, administração de medicação oral ou por gastrostomia, alternância de posturas, aspiração de traqueostomia, entre outros cuidados, são atribuições compatíveis com a função / atribuição do cuidador treinado.

No caso em tela foi informado que a esposa do paciente não possui condições de lhe prestar a vigilância e os cuidados diários necessários. Verifica-se conforme os elementos técnicos apresentados que a questão é de cunho social, uma vez que a condição de envelhecimento e adoecimento do idoso não exigem a realização de procedimentos de execução exclusiva por profissionais da saúde habilitados (enfermeiro ou técnico de enfermagem), por período integral e por tempo indeterminado.

A prestação do serviço de *Home Care* em qualquer uma de suas modalidades (assistência domiciliar multiprofissional ou internação domiciliar), não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para os cuidados do paciente.

Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idoso com diagnóstico de quadro demencial (Alzheimer avançado), sarcopenia, anemia não especificada, desnutrição não especificada, disfagia, submetido à gastrostomia e traqueostomia em internação hospitalar ocorrida em outubro/2024, e outra internação ocorrida agosto/2025, devido a quadro de broncoaspiração e pneumonia.

Consta que o paciente está em suplementação de oxigênio 24 horas através da cânula de traqueostomia, com quedas da saturação no período noturno, se locomove através da cadeira de rodas, necessita auxílio para se levantar, para transferências e mudanças de posturas, com eliminação de urina e fezes em fraldas descartáveis, apresentando dependência total para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Consta que o paciente vive só com a esposa, e que a mesma possui debilidades motoras e auditivas, sendo incapaz de prestar-lhe os cuidados necessários, e que a solicitação do Home Care foi feita nos moldes como foi solicitada, devido à condição de extrema fragilidade e altíssima complexidade do paciente com 85 anos.

“O processo de envelhecimento é um fenômeno fisiológico normal e nunca deve ser confundido com patológico” (Tratado de Medicina Geriátrica. (2015) Pedro Abizanda Soler y Rodríguez Mañas Leocadio. Pag 98. Elsevier Barcelona)”.²¹

“O envelhecimento não é um fenômeno linear, mas um processo simples e individual, onde a relação com o tempo é vivenciada de forma diferenciada, de acordo com o maior ou menor grau de deterioração orgânica. (Beauvoir, Simone de. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990)”.²¹

A Organização Mundial da Saúde destaca a importância do cuidado domiciliar como uma das respostas aos desafios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos que o mundo atravessa (Hermann, et al, 2018). O Brasil vem apresentando uma transição epidemiológica com

mudança nas causas que produzem doenças, seguindo essa tendência mundial. Isso se deve a mudanças no estilo de vida da população em decorrência da urbanização e de um melhor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Desse modo, observa-se um aumento na demanda de Atenção Domiciliar (AD) com o envelhecimento da população e o desenvolvimento de tecnologias em saúde, que têm possibilitado maior taxa de sobrevivência das pessoas, além do atual contexto econômico e social.

A **demência** não é uma condição única. É causada por diferentes doenças físicas do cérebro, como por exemplo, doença de Alzheimer, demência vascular, demência por corpos de Lewy e demência frontotemporal. Cada tipo de demência afeta uma área diferente do cérebro na fase inicial. Esta é a razão pela qual os sintomas variam entre os diferentes tipos.

Uma pessoa com demência nem sempre se enquadra numa só fase. A demência afeta cada pessoa de uma forma única e altera diferentes partes do cérebro em diferentes pontos da progressão da doença. Além disso, diferentes tipos de demência tendem a ter diferentes sintomas e velocidade de evolução.

Na fase inicial de todos os tipos de demência, apenas uma pequena parte do cérebro é danificada. Nesta fase, a pessoa tem menos sintomas, já que apenas as capacidades que dependem da parte danificada do cérebro são afetadas. Estes sintomas iniciais são geralmente relativamente menores. É por isso que esta fase é geralmente designada por demência leve.

Ao longo do tempo, a demência propaga-se a outras partes do cérebro. Isto leva a mais sintomas, porque mais zonas do cérebro são incapazes de funcionar corretamente. Ao mesmo tempo, áreas já danificadas do cérebro tornam-se ainda mais afetadas, causando um agravamento dos sintomas que a pessoa já tem.

À medida que a demência progride, os sintomas dos diferentes tipos de demência tendem a tornar-se mais semelhantes. Isto se deve ao fato de mais partes do cérebro serem afetadas à medida que a demência progride.

Quando grande parte do cérebro fica gravemente danificada pela doença,

ocorrem grandes mudanças em todos os aspectos da memória, pensamento, linguagem, emoções e comportamento, assim como problemas físicos.

*“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

Existem muitas demandas ao se cuidar de um familiar doente, o que pode afetar a qualidade de vida e dinâmica familiar. A compreensão da família que está recebendo o cuidado em atenção domiciliar é fundamental, e a abordagem familiar domiciliar permite o entendimento das possíveis disfuncionalidades que possam prejudicar o bem-estar biopsicossocial de seus membros. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, situações prolongadas ou definitivas de doença podem afligir mais os familiares, levando-os a buscar recursos fora do domicílio para suportar a situação.

Home Care é o termo em inglês para a assistência de profissionais da saúde realizadas no domicílio. Esse serviço visa abreviar e/ou evitar a hospitalização dos pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária e assistência especializada de profissionais da saúde. Dentro do conceito de *Home Care* existem inúmeras formas de atendimento domiciliar, variando conforme as necessidades do paciente e a complexidade da assistência, e a necessidade ou não de realização de procedimentos exclusivos de profissionais da saúde habilitados.

O serviço / cuidado *Home Care* - Atenção Domiciliar (AD), configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes. É 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.

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.

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 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.

A Resolução COFEN nº 766, de 05 de novembro de 2024, aprovou as normas e diretrizes para atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar.

O Técnico e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício Profissional e no Decreto que a regulamenta, participam da execução da atenção domiciliar de enfermagem, naquilo que lhe couberem,

sob supervisão e orientação do Enfermeiro.⁵

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou no dia 27/03/2023 o Parecer Nº 07/2023. O parecer reafirma a legalidade do enfermeiro em capacitar o paciente e/ou seu responsável legal para realização de aspiração traqueal no âmbito do ambiente domiciliar.⁵³

“A capacitação de pacientes e seus respectivos responsáveis legais pelo enfermeiro, não só é legal, como é rotina instituída em diversos serviços de saúde e programas de atenção domiciliar, através de treinamentos teóricos e práticos antes e após a alta hospitalar”.

<https://www.cofen.gov.br/cofen-confirma-legalidade-de-capacitacao-em-aspiracao-traqueal-domiciliar/#:~:text=O%20Conselho%20Federal%20de%20Enfermagem,no%20%C3%A2mbito%20do%20ambiente%20domiciliar.>

“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

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 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.

O papel do cuidador varia de acordo com as necessidades específicas de cada paciente e do plano de cuidados domiciliar estabelecido pela equipe do serviço de *Home Care*. O cuidador deve receber orientações e treinamentos dos profissionais de saúde do serviço de *Home Care* para garantir a segurança e o bem-estar do paciente, além de auxiliar / realizar as atividades básicas da vida diária, tais como: higiene / vestuário pessoal, alimentação, administração de medicamentos, alternância de posturas, acompanhamento em consultas médicas, entre outros cuidados.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, a condição clínica descrita para o paciente é compatível com a prestação de serviço de atenção multidisciplinar ambulatorial na modalidade de assistência domiciliar.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional ambulatorial / domiciliar, tem por finalidade suprir a necessidade de atendimento especializado no domicílio a longo prazo, para paciente crônico, frágil restrito ao leito ou de baixa mobilidade. A assistência *Home Care*, quer seja na modalidade de internação ou assistência / atendimento domiciliar, não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do paciente.

No **caso concreto**, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade realização de procedimentos / cuidados exclusivos

do profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas/dia, por tempo indeterminado.

A atenção domiciliar requer a **participação ativa da família e dos profissionais envolvidos**. O processo de atenção domiciliar é complexo, requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde, e não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade apresentado pelo paciente.

No SUS 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.

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 a humanização da assistência e a maior autonomia possível do usuário (paciente), família e cuidador.

O *Programa Melhor em Casa*, faz parte da rede de atenção à saúde do SUS e é dedicado ao cuidado multiprofissional em saúde, pelo tratamento de doenças, prevenção de sequelas, cuidados paliativos e reabilitação intensiva. O Programa é uma iniciativa que oferece cuidado domiciliar para pacientes que precisam de atenção contínua, evitando internações prolongadas e promovendo o conforto e a recuperação no ambiente familiar. Ele é voltado para pessoas que estejam passando por um momento de piora de sua doença e, por limitações temporárias ou permanentes, e que não conseguem se deslocar até uma unidade de saúde. Sem essa possibilidade de atendimento

domiciliar, essas pessoas poderiam necessitar de hospitalização. Além disso, o programa ajuda os pacientes que estão hospitalizados a terem alta mais rápido, permitindo que continuem o tratamento em casa, quando for possível.

A equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) avalia o quadro do paciente, e elabora o plano de atenção domiciliar (PAD) em conformidade com as necessidades identificadas. O SAD, conforme definido no PAD provê os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade/nível de atenção necessária (AD1, AD2 e AD3) e o perfil clínico do paciente.

A diferença entre a Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar (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 multi profissional e ao uso de equipamentos.

“A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados / compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A prestação da assistência à saúde nessa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica (UBS/ESF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Essas equipes são apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatorios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016)”¹⁷

“A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde

e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações tais como usuários com demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido (BRASIL, 2016)".¹⁷

“A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; 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), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016). Nas modalidades AD2 e AD3, deve estar garantido, se necessário, transporte

sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD, já na modalidade AD1, a responsabilidade é da equipe da unidade de saúde/ ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)".¹⁷

A **inclusão no Programa**, se faz pela procura do usuário/cuidador à unidade de saúde, que fará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender às necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento de medicamentos e insumos disponibilizados pela rede pública – SUS.

O **fornecimento de fraldas** descartáveis foi incluído no SUS através da Portaria GM/MS nº 2.898, de 03 de novembro de 2021. 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.

A dispensação gratuita das fraldas está prevista aos idosos e às pessoas com deficiência. Para a obtenção deste benefício o paciente ou responsável 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 especificação. Está previsto o fornecimento de até 4 fraldas por dia, o que totaliza 120 fraldas por mês.

A **cama hospitalar** é uma cama especialmente concebida para o repouso de pacientes ou pessoas que precisam de algum tipo de cuidados com a saúde. A cama hospitalar tem uma série de características, tanto para o conforto e bem-estar do paciente, quanto para a conveniência dos profissionais de saúde. Elas podem ser manuais e motorizadas/elétricas.

A cama hospitalar manual, por exemplo, tem características comuns que são a regulagem de elevação de dorso e a elevação dos pés que é feito por manivelas instaladas na parte da peseira da cama, podendo assim o auxiliar de saúde, regular o paciente na melhor posição possível para o paciente. Levantar a cabeça (conhecido como posição de Fowler) pode proporcionar alguns benefícios para o paciente, o pessoal, ou ambos. A posição do Fowler é usada para sentar o paciente em posição vertical para alimentação ou outras atividades, ou em alguns pacientes, pode facilitar a respiração, ou pode ser benéfica para o paciente por outras razões. Elevando os pés pode ajudar a facilidade de movimento do paciente em direção à cabeceira da cama e também pode ser necessário para certas condições.

O fornecimento de **cama e colchão hospitalar, cadeira de rodas e cadeira para banho**, não estão contemplados no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, exceto, quando da internação domiciliar em substituição à internação hospitalar. Portanto, não há previsão de fornecimento regular pela saúde suplementar. Cumpre assinalar que a Lei nº 9.656/1998 não inclui a Atenção Domiciliar entre as coberturas obrigatórias. Para uso domiciliar, a lei garante o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector (art. 10-B).²

A Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar. Segundo essa resolução, o SAD deve prover equipamentos, medicamentos e materiais conforme definido no plano de atenção domiciliar e eles devem estar regularizados junto à ANVISA. No entanto, não há obrigação por parte da saúde suplementar de disponibilizar cama e colchão hospitalar para serviço Home Care na modalidade de assistência domiciliar, modalidade essa indicada para o paciente em tela.

Medicamentos requeridos: O SUS possui protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da Doença de Alzheimer, com alternativas farmacológicas protocolares. No caso concreto, não foram apresentados

elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico dos medicamentos não disponíveis, em substituição às alternativas regularmente disponíveis na rede pública, vide RENAME 2024.

Esomeprazol, não disponível. Como alternativa o SUS disponibiliza o omeprazol na apresentação de cápsulas de 20 mg.

Somalgin® (ácido acetilsalicílico), está disponível no SUS na apresentação de comprimidos de 100 mg, através do componente básico de assistência farmacêutica.

Prednisona 5 mg, está disponível no SUS através do componente básico e estratégico, na apresentação de comprimidos de 5 e 20 mg.

Buscopan® (escopolamina, antiespasmódico): não disponível no SUS.

Buscopan® composto (escopolamina + dipirona): o SUS disponibiliza a dipirona isolada na apresentação de comprimido de 500 mg e solução oral 500 mg/mL.

Amitriptilina 25 mg disponível no SUS através do componente básico, na apresentação de comprimidos de 25 e 75 mg.

Bromazepam 6 mg não disponível no SUS. Como alternativa o SUS disponibiliza o clonazepam solução oral 2,5 mg/mL, e o diazepam comprimidos de 5 e 10 mg.

Rivastigmina (adesivo) disponível no SUS através do componente especializado de assistência farmacêutica, vide protocolo clínico da Doença de Alzheimer e da Doença de Parkinson.

Ferro Quelado não disponível no SUS. Como alternativa o SUS disponibiliza o ferro na forma ferripolimaltose 50 mg/mL solução oral, comprimido mastigável 100 mg, e xarope 10 mg/mL para o tratamento de pacientes com anemia por deficiência de ferro e intolerância ao sulfato ferroso.

No **caso concreto**, o acompanhamento e cuidados diários necessários ao paciente idoso (higiene pessoal e troca de fraldas, alimentação e administração de medicação, aspiração traqueal e monitoramento da saturação, alternância de posturas, cuidados com a integridade da pele, entre

outros) não demandam / exigem a presença e execução por profissionais da saúde habilitados, mais especificamente profissional técnico de enfermagem por período integral de 24 horas/dia; ou seja, os cuidados são atribuições compatíveis com a figura do cuidador treinado, que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar com o suporte de uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar.

A assistência multidisciplinar domiciliar deve ser definida pelo PAD (plano de assistência domiciliar) individualizado, periodicamente revisado e atualizado. A assistência deve ser realizada através de visitas programadas dos profissionais da saúde, em conformidade com as necessidades de cada momento do quadro clínico do paciente.

Faz-se necessário ressaltar que a nota técnica tem por finalidade responder de forma preliminar a uma questão clínica sobre potenciais efeitos de uma tecnologia em saúde, para uma determinada condição. Para tanto, é realizada análise documental, dos fundamentos científicos e avaliação em tese da questão posta. Portanto, a conclusão “favorável” ou “desfavorável” diz respeito tão somente às evidências científicas atualizadas sobre a metodologia em foco e à indicação do seu custeio pelo poder público ou saúde suplementar, levando em consideração as opções disponíveis.

A afirmação de imprescindibilidade ou não de determinado tratamento em detrimento de outro, requer avaliação completa individualizada contextualizada. Caso o juízo entender necessária uma avaliação complementar no decorrer do processo, há a possibilidade / indicação de realização de perícia médica.

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) Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 766, de 05 de novembro de 2024. *Aprova as normas e diretrizes para atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar.*
<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-766-de-05-de-novembro-de-2024/>
- 6) Resolução COFEN nº 358/2009.
http://www.cofen.gov.br/resolucao-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%AAs
- 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) Resolução COFEN nº 186/1995.
http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-1861995_4248.html
- 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) Atenção Domiciliar na Atenção primária à Saúde.
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
Caderno de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa. A segurança do hospital no conforto da sua casa. Ministério da Saúde. 2013.
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf
- 14) Parecer COREN/GO nº 044/CTAP/2020. Assunto: Procedimento de aspiração de

traqueostomia por cuidador em ambiente domiciliar.

Parecer Técnico COREN-DF Nº 05/2018. (Solicitação de revisão do parecer nº 14/2011 COREN-DF.) O cuidador familiar pode ser capacitado por enfermeiro para realizar procedimento de aspiração de cânula de traqueostomia na atenção domiciliar?

https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/04/parecer-tecnico-n_05_2019-procedimento-de-aspiracao-de-canula-de-traqueostomia-na-atencao-domiciliar.pdf

Parecer COREN-SP Nº 021/2023, Competência dos profissionais de enfermagem quanto ao procedimento de aspiração de secreção por cânula de traqueostomia.

https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2023/09/PARECER_021_2023_-_Procedimento-de-aspiracao-de-secrecao-por-canula-de-traqueostomia-REVISADO.pdf

15) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

16) Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC).

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html

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>

18) 2022 Brazilian Thoracic Association recommendations for long-term home oxygen therapy. 2022. DOI:10.36416/1806-3756/e20220179.

<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fwRszYw8csHHp5xsqHqJPvP/?lang=pt&format=pdf>

19) Escala de HOEHN E YAHR modificada.

<https://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocesinando/AVALIACAO%20FISIOTERAPeutica%20Neurologica/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modificada.pdf>

20) Recomendações para a ventilação mecânica domiciliar / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42 p.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf

- 21) Velhice não é Doença. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). <https://sbgg.org.br/em-documento-as-autoridades-comlat-propoe-que-atualizacao-do-cid-11-seja-reavaliada/#:~:text=Os%20c%C3%B3digos%20MB%2044.3%20.,de%20reflexos%20pостurais%20e%20automatismos.>
- 22) Guia Diretrizes da Atenção Domiciliar. Prefeitura de Belo Horizonte. 2022. <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-22-09-2022.pdf>
- 23) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar. <https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>
- 24) Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar no DF. 2023 https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo_de_Oxigenoterapia_Domiciliar_no_DF+%281%29.pdf/7f693dfe-4559-3099-7e73-6b2743637c4f?t=1680088468936
- 25) Protocolo do Programa de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (01/2017). Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%ABlica/Oxigenoterapia/PROTOCOLO%20DO%20PROGRAMA%20DE%20OXIGENOTERAPIA%20DOMICILIAR%20PROLONGADA%2001%202017.pdf>
- 26) Anexo II (ABEMID E NEAD). Critérios de elegibilidade para avaliação da inclusão no Programa de Internação Domiciliar. Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial – ABEMID. https://www.senado.leg.br/transparencia/SECRH/BASF/Anexo/A_02_2014_1005852.pdf
- 27) Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar. <https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-FINAL-SITE.pdf>
- 28) O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2):317-25. www.ee.usp.br/reeusp/ <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/35KzF4DTCvJbfbhs5nFQyVG/?lang=pt&format=pdf>
- 29) Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas, Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2551429/mod_resource/content/1/KATZ%20dez%202015.pdf

30) Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição revisada e ampliada.

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>

31) Linha de Cuidados e Diretrizes Assistenciais. Caderno 2. Cuidados Paliativos. FHEMIG.

[file:///C:/Users/f0263285/Downloads/Linha%20de%20Cuidado%20e%20Diretrizes%20Assistenciais%20-%20Cuidados%20Paliativos%20%C2%A0\(caderno%C2%A0n%C2%BA2\).pdf](file:///C:/Users/f0263285/Downloads/Linha%20de%20Cuidado%20e%20Diretrizes%20Assistenciais%20-%20Cuidados%20Paliativos%20%C2%A0(caderno%C2%A0n%C2%BA2).pdf)

32) Protocolo. Conduas em Cuidados Paliativos.

https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/01/PR.CCPT_.001-00-Conduas-em-Cuidados-Paliativos.pdf

33) Cuidados paliativos - Cuidados de fim de vida.

<https://protocolos.hcrp.usp.br/exportar-pdf.php?idVersao=1230>

34) Cuidados Paliativos. Orientações aos Profissionais da Saúde.

<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orienta%C3%A7%C3%B5es-aos-profissionais-de-sa%C3%BAde.pdf>

35) Protocolo Multidisciplinar de atendimento ao paciente em cuidados paliativos.

<https://www.unimed.coop.br/documents/989687/7055291/PTL-MULTI-13.pdf/c522b73a-f558-40cd-9bdf-5101af1dac25>

46) Protocolo Cuidados Paliativos.

https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf

47) O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Ministério da Saúde. 2012.

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

48) Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde 2014.

https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

49) Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão. Núcleo de Segurança do Paciente. FECCON. Amazonas. 2023.

<https://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/PROCOLO-DE-LESAO-POR-PRESSAO.pdf>

50) Feridas Crônicas.

http://eerp.usp.br/feridascronicas/recurso_educacional_lp_1_4.html

51) Manual para o cuidado domiciliar. Mato Grosso do Sul. 2021.

<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/642879/2/LIVRO%20-%20MANUAL%20PARA%20O%20CUIDADO%20DOMICILIAR.pdf>

52) Parecer COREN-SP 041/2012 – CT PRCI nº 99.505/2012.

https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2012_41.pdf

53) Parecer Nº 7/2023. COFEN. Ementa: Análise acerca da legalidade da capacitação do paciente e seu representante legal na assistência específica de aspiração traqueal, pelo Enfermeiro, para atuarem no ambiente domiciliar.

<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/Parecer-de-conselheiro-No-07-2023-Marcio-Raleigue.pdf>

54) 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>

55) Escala de Avaliação Clínica da Demência. CDR. Ambulatório de Neuro-Geriatria e demências. Hospital das Clínicas de Porto Alegre. RS. 2006.

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/26142819-escala-de-avaliacao-clinica-da-demencia.pdf>

56) Demência. Diagnóstico Precoce. Ministério da Saúde.

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/demencia/atencao-especializada/diagnostico-precoce/>

57) Escala CDR (Clinical Dementia Rating scale) - Avaliação clínica da demência. Ministério da Saúde.

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/demencia/avaliacao-clinica-da-demencia/>

58) Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP).

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html

59) Resolução CFM nº 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169). *“Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que*

levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”.

60) Resolução CFM Nº 1451/1995. Definição de urgência e emergência.

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf

V – DATA:

15/05/2026

NATJUS – TJMG