

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível da Infância e da Juventude

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0011363

IDADE: 09 anos

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G80.0, G82.4, G40.9, G90.3, G91, J45, R13

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care, dieta enteral industrializada, equipo de dieta enteral com filtro de ar e escalonada, e demais insumos para administração; fraldas geriátricas descartáveis tamanho P, medicamentos diversos, gases, cama hospitalar com colchão pneumático, cadeira de rodas adaptada, cadeira para banho, banheira para banho adaptada, suporte para soro, nebulizador elétrico.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação continuada de cuidados básicos diários por tempo indeterminado, para paciente com limitação significativa da funcionalidade e dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades da vida diária.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Oficie-se ao Núcleo de Apoio Técnico do Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais – NATJUS/TJMG, solicitando a elaboração de Nota Técnica específica sobre o caso dos autos, com base nos relatórios médicos acostados, quanto à eficácia, efetividade, segurança e custo efetividade do tratamento requerido, à luz das diretrizes da política pública do SUS.

R.: 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 realização dos cuidados diários da criança.

É importante ressaltar que tem sido crescente a demanda por cuidador domiciliar, considerando as mais diversas condições mórbidas crônicas geradoras de sequelas e dependência de terceiros para os cuidados básicos

diários.

A atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos. O manejo da atenção domiciliar é complexo, requer articulações entre a família e os serviços de saúde, e não é específico de patologia e ou grupo etário. Dois fatores são determinantes: o grau de incapacidade apresentado pelo paciente e a necessidade ou não de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais da saúde habilitados.

Não foi identificada a prescrição / necessidade de execução de procedimentos exclusivos de profissionais da saúde habilitados. Os cuidados básicos de higiene pessoal e troca de fraldas, alimentação e hidratação, administração de dieta e medicamentos pela gastrostomia, mudanças de postura, acompanhamentos diversos, entre outros, são atribuições pertinentes e compatíveis com a figura de um cuidador treinado (familiar ou contratado).

A criança não preenche requisitos técnicos de indicação de internação domiciliar por tempo indeterminado, tem indicação de receber serviço de assistência domiciliar multidisciplinar em virtude do grau de dependência e importante limitação da funcionalidade e mobilidade.

No caso concreto, a criança apresenta condição crônica multi sequelar secundária à encefalopatia hipóxico isquêmica, com significativa limitação da funcionalidade e da mobilidade, baixa acuidade visual e auditiva, sem comunicação verbal, disfagia com implante de gastrostomia. Necessita de receber serviço de assistência domiciliar multidisciplinar por tempo indeterminado com assistência médica, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, entre outros, conforme a evolução clínica. As especialidades envolvidas e a frequência de cada especialidade deve ser estabelecida através de um plano individualizado de assistência domiciliar, o qual deverá ser periodicamente reavaliado, em conformidade com as necessidades de cada momento da evolução clínica da criança, vide Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 – ANVISA.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html

É atribuição da ANS definir a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, por meio da publicação e atualização do Rol (art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656/1998). No entanto, a Lei nº 9.656/1998 não inclui a atenção domiciliar entre as coberturas obrigatórias na saúde suplementar, com exceção do fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector (art. 10-B).

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualmente previsto no anexo I da RN nº 465/2021, vigente a partir de 1º/4/2021, estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência a saúde contratados a partir de 1º/1/1999 e naqueles adaptados, conforme previsto no art. 35 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais contratadas. A RN nº 465/2021 não assegura cobertura para a atenção domiciliar, com exceção daqueles procedimentos que estão expressamente previstos no Rol.

O Parecer Técnico Nº 05/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 da ANS, diz que a atenção domiciliar é definida como “termo genérico que envolve ações de promoção a saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio” (art. 4º, inciso II, da RN nº 465/2021). Já, a internação domiciliar é o “conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia (art. 4º, inciso III, da RN nº 465/2021).

O Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS, diz que o termo *Home Care* se refere 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.

Nos casos em que a atenção domiciliar não se dá em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes (art. 13, parágrafo único, da RN nº 465/2021). Considerando o Parecer Técnico Nº 29/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018, o Parecer Técnico Nº 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019, o Parecer Técnico Nº 05/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 e as diretrizes de utilização previstas na RN nº 465/2021 no que se refere as coberturas mínimas obrigatórias / fornecimento de medicamentos e insumos para tratamento domiciliar de doença crônica, não há previsão de obrigatoriedade de cobertura / fornecimento contínuo e por tempo indeterminado de medicamentos requeridos para uso ambulatorial domiciliar, para o tratamento farmacológico das doenças apresentadas pelo paciente.

A obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA pela saúde suplementar, está prevista apenas para o tratamento oncológico oral domiciliar, e para o fornecimento de medicamentos prescritos durante o período de internação domiciliar, caso o oferecimento de internação domiciliar conste em aditivo contratual acordado ou quando, por livre iniciativa, a operadora oferecer a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar (art. 12, inciso II, alíneas “d” e “g”, da Lei nº 9.656/1998, c/c art. 13, da RN nº 465/2021).

O fornecimento de cama e colchão hospitalar, cadeira para banho, nebulizador elétrico, entre outros dispositivos, também não estão contemplados no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, exceto, quando do período de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, portanto, não há previsão de fornecimento pela saúde suplementar. Cumpre assinalar que a Lei nº 9.656/1998 garante o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector (art. 10-B) para uso domiciliar.

https://www.ans.gov.br/images/stories/Legislacao/rn/Anexo_II_DUT_2021_R

N_465.2021_RN675.2026.pdf

A tabela SUS dispõe de procedimentos relativos à concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) não cirúrgicas relacionadas à reabilitação, incluindo 09 modelos de cadeiras de rodas, incluindo cadeira para banho. O SUS disponibilizada também 13 tipos de adaptação e dispositivos auxiliares para usuários de cadeiras de rodas, que ajudam na personalização e adequação à característica anatômica de cada pessoa.

O SUS disponibiliza através da RENAME, alternativas farmacológicas protocolares para o tratamento das morbidades apresentadas pela criança. Existe protocolo específico para o tratamento da epilepsia e da asma com alternativas farmacológicas em conformidades com as diretrizes técnicas atuais.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de criança com diagnóstico de encefalopatia hipóxico isquêmica, paralisia cerebral espástica, desnutrição proteico calórica, epilepsia, deficiência visual e auditiva, asma, disfagia e constipação intestinal. A criança foi submetida a procedimento de gastrostomia, em uso de sonda Botton Mic-Key devido a histórico de pneumonia por aspiração.

Consta que a criança apresenta significativo atraso do neurodesenvolvimento, não verbaliza, possui dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades básicas da vida diária (alimentação e hidratação, higiene pessoal, troca de fraldas, alternância de posturas), entre outros cuidados.

Foi solicitado serviço Home Care com equipe multidisciplinar, fornecimento de medicamentos, materiais, equipamentos e insumos relatados acima.

A encefalopatia hipóxico isquêmica é uma lesão cerebral difusa causada pela redução ou interrupção do suprimento de oxigênio (hipóxia) ou do fluxo sanguíneo (isquemia) ao cérebro. A encefalopatia hipóxico isquêmica neonatal

é uma condição resultante da redução ou interrupção do fornecimento de oxigênio ou sangue para o cérebro do recém-nascido, levando a lesões cerebrais. Trata-se da principal complicação associada à asfixia perinatal.

A paralisia cerebral descreve um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento, movimento e postura atribuído a distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa. A desordem motora na paralisia cerebral pode ser acompanhada ou não por problemas musculoesqueléticos e distúrbios sensorial, perceptivo, cognitivo, de comunicação e comportamental, que se manifestam com intensidade variável e podem ser modificados com uso de tecnologia assistiva adequada. Assim, não existe uma possibilidade de se estabelecer correlação direta entre o repertório neuromotor e o cognitivo nestes pacientes.

A epilepsia é uma doença que se caracteriza por uma predisposição permanente do cérebro em originar crises epiléticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais destas crises. Uma crise epilética é a ocorrência transitória de sinais ou sintomas clínicos secundários a uma atividade neuronal anormal excessiva ou sincrônica. A definição de epilepsia requer a ocorrência de, pelo menos, uma crise epilética. O diagnóstico de epilepsia deve ser feito seguindo níveis de classificação, iniciando pelo tipo de crise apresentada e, juntando-se a outras características clínicas e eletroencefalográficas (EEG), classifica-se o paciente dentro de uma síndrome epilética.

“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.

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

“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

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 termo *Home Care* - Atenção Domiciliar (AD) configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva e/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.

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.
- 5) **Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar** - EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.
- 6) **Plano de Atenção Domiciliar** - PAD: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

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.*

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html

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 significativa limitação da mobilidade e da debilidade funcional permanente apresentada pela criança, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados diários exclusivos de profissional da saúde enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. A assistência de enfermagem envolve intervenções próprias da profissão, inseridas no processo de enfermagem e realizadas segundo avaliação, planejamento, supervisão e responsabilidade técnica compatíveis com a legislação profissional.

A existência de dependência funcional não constitui, por si só, evidência suficiente de necessidade de técnico de enfermagem em período integral. Uma pessoa pode apresentar elevado grau de dependência para atividades básicas da vida diária, tais como: higiene pessoal, alimentação e hidratação, vestuário, mobilidade (transferências e mudanças de postura), administração de medicamentos, sem, no entanto, apresentar, necessariamente, condição clínica que demande assistência contínua de profissional de enfermagem em período integral ou parcial, por tempo indeterminado.

Em termos práticos, é necessário distinguir pacientes que necessitam de cuidador em período parcial ou integral; pacientes que necessitam de visitas periódicas de profissionais de saúde; pacientes que necessitam de procedimentos ou cuidados específicos de enfermagem; pacientes que efetivamente necessitam de assistência de enfermagem contínua; e pacientes que necessitam de estrutura de internação domiciliar em razão de maior complexidade clínica.

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

Exemplificando: Uma disponibilização de assistência de técnico em enfermagem por período de 12 horas diárias para um único paciente representa 4.380 horas de trabalho por ano. A disponibilização para um período integral de 24 horas diárias representa o dobro, ou seja, 8.760 horas de trabalho por ano.

Sendo assim, em escala populacional, mesmo um número relativamente pequeno de pacientes submetidos a cobertura contínua pode representar significativa quantidade de horas profissionais. Hipoteticamente,

1.000 pacientes com cobertura de enfermagem durante 24 horas por dia representariam 8.760.000 horas de trabalho por ano.

A mensuração acima não pretende afirmar que esse volume esteja ocorrendo, mas demonstrar o impacto sobre a disponibilidade da força de trabalho dessa categoria profissional. A expansão da disponibilização da assistência domiciliar contínua por tempo indeterminado do profissional técnico em enfermagem por decisão individual, possui efeito agregado sobre a demanda por força de trabalho.

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

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

No **caso concreto**, o acompanhamento diário e todos os cuidados básicos da vida diária necessários à criança (alimentação e hidratação, administração de medicamentos via gastrostomia, higiene pessoal, transferências e alternância de posturas, entre outros), não exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional técnico em enfermagem. São todas atribuições compatíveis com a figura do(a) cuidador(a) treinado(a), que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte técnico de uma equipe de *Home Care / atenção domiciliar*.

A definição das especialidades e da frequência das visitas de cada uma das especialidades / profissionais envolvidos na prestação da assistência multidisciplinar domiciliar, deve ser estabelecida através do PAD individual, o

qual deverá ser periodicamente revisto e atualizado. Com a evolução / progressão do quadro e ocorrendo períodos de agudização com alteração / flutuações da condição clínica da criança, o plano de atenção domiciliar (PAD) deverá ser revisto e ajustado, vide Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 – ANVISA.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html

Havendo alteração da situação clínica descrita nos relatórios, com instalação de necessidade temporária 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 de saúde 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 fora do ambiente hospitalar.

A prestação de serviço domiciliar de saúde deve, portanto, ser compatibilizada com a utilização racional, proporcional e tecnicamente adequada dos recursos humanos de saúde, mediante avaliação individualizada da necessidade clínica, definição da categoria profissional apropriada, definição da frequência das visitas / carga horária necessária e reavaliação periódica do PAD (Plano de Atenção Domiciliar).

Conforme a Resolução RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA, não há previsão expressa para o fornecimento obrigatório de equipamentos para a assistência domiciliar. Segundo a resolução, a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) deve elaborar o plano de atenção domiciliar (PAD), e que o SAD, conforme definido no PAD, deve prover os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos registrados na ANVISA, conforme definido no plano de atenção domiciliar e de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

Fraldas geriátricas: o fornecimento de fraldas 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 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.

Cama hospitalar: a cama hospitalar é uma cama especialmente concebida para pacientes ou pessoas que precisam de algum tipo de cuidado com a saúde. A cama hospitalar pode ser manual e motorizada / elétrica, tem uma série de características, tanto para o conforto e bem-estar do paciente, quanto para a conveniência dos profissionais de saúde e cuidadores. A possibilidade de ajustes de altura da cama (cabeceira e pé) facilitam o trabalho do cuidador para pacientes com maior nível de dependência.

As inclinações que a cama hospitalar permite, possibilitam a adoção de uma postura de maior conforto e segurança para o paciente, proporciona uma melhor ministração de alimentação e hidratação para o paciente acamado, reduzindo o risco de aspiração, previne as lesões por pressão / fricção, reduz a queixa de dor postural, melhora a expansibilidade torácica facilitando a respiração.

Cadeira de rodas / cadeira para banho: são tecnologias concebidas para a assistência de pacientes ou pessoas com limitação da mobilidade que precisam de auxílio para a locomoção.

O fornecimento de cama/colchão hospitalar, cadeira de rodas, cadeira para banho, entre outros dispositivos não estão contemplados no rol de

procedimentos e eventos em saúde da ANS, exceto, quando do período da internação domiciliar em substituição à internação hospitalar. Portanto, não há previsão de fornecimento 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

Dieta enteral industrializada: A nutrição enteral pode ser classificada como dieta artesanal ou industrial, elementar (monoméricas) e não elementar (semi-elementares ou oligoméricas e poliméricas). As dietas artesanais são produzidas diariamente em condições de higiene, sob orientação de nutricionista, a partir de produtos *in natura*, cozidos, ou não, triturados e peneirados.

A dieta artesanal deve ser a primeira opção para o uso domiciliar. Têm o inconveniente de necessitar de manipulação em condições sanitárias adequadas para evitar sua contaminação, pois estão sujeitas a maior risco de contaminação microbiológica, e podem apresentar deficiências de micro e macro-nutrientes em sua composição se não forem adequadamente preparadas. Se necessário, em condições específicas, há a possibilidade de modificação e/ou suplementação de sua fórmula, inclusive com produtos industrializados.

Em maio de 2012, o Conselho Regional de Nutrição do Paraná divulgou parecer comparando as dietas artesanais e industrializadas para pacientes com necessidade de nutrição enteral. Os autores concluíram que não existem evidências de superioridade de uma fórmula em relação à outra e podem ser usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar.

As dietas e suplementos não são classificados como medicamentos, assim não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar pelo SUS e/ou saúde suplementar. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) confere

institucionalidade à organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição, bem como ressalta o papel do SUS na agenda de segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Existem diretrizes regulatórias loco-regionais, como no município de Belo Horizonte, construídas para regulamentar a disponibilização sob protocolo de dieta industrializada.

Assim no caso em tela, não foram identificadas justificativas técnico-científicas e/ou contra-indicações para uso de dieta artesanal pela criança, já que a luz dos conhecimentos atuais não há benefícios nutricionais com o uso de dietas / suplementos industrializados em substituição a dieta / suplementos artesanais, e tão pouco, recomendações das sociedades nacionais e internacionais de evidências para seu uso.

Não foram identificados elementos técnicos que caracterizem situação de urgência / emergência em conformidade com a Resolução Nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina⁶⁰, caso o Juízo entender necessária uma avaliação completa individualizada contextualizada complementar, há a possibilidade de realização de perícia médica no decorrer do processo.

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.

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 nº 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%A1ncias.
- 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://bvsmms.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%20NEUROLÓGICA/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://bvsmis.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%20posturais%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) Resolução COFEN Nº 766, de 05 de novembro de 2024.
<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-766-de-05-de-novembro-de-2024/>
- 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. Condutas em Cuidados Paliativos.

https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/01/PR.CCPT_.001-00-Condutas-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%BAdede-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%BAdede.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://bvsms.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://bvsms.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/PROTOCOLO-DE-LESAO-POR-PRESSAO.pdf>

50) Feridas Crônicas.

http://eerp.usp.br/feridasronicas/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-precoco/>

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://bvsms.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

61) Peroni, F. d. M., Gruchovski Veríssimo, L. C., Goes Shibata, L., & Aranco, N. (2023). Envejecimiento y atención a la dependencia en Brasil.

<https://doi.org/10.18235/0004792>

<https://publications.iadb.org/pt/envelhecimento-e-atencao-dependencia-no-brasil>

62) Lei Nº 14.878, de 04 de junho de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências; e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social).

63) Lei Nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados.

64) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar.

<https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>

65) Portaria Conjunta Nº 17, de 21 de junho de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/e/epilepsia/view>

66) O Manejo em casos de encefalopatia hipóxico isquêmica em pacientes neonatais. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v. 11, n. 3, mar. 2025. ISSN: 2675-3375. doi.org/10.51891/rease.v11i3.18518

file:///C:/Users/f0263285/Downloads/submissao-18518-arquivo-47037.pdf

V – DATA: 23/10/2026 NATJUS/TJMG