

NOTA TÉCNICA: 10155

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Única - Saúde Pública Estadual

COMARCA: Carmo do Rio Claro

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 70 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Neoplasia de Laringe - a) Adesivos para estoma respiratório, Flexiderm Oval, caixa com 20 unidades (uso estimado: 365 unidades por ano); b) Cassete HME para estoma respiratório (média resistência), Xtraflow, caixa com 30 unidades (uso estimado: 365 unidades por ano); c) Protetor de banho para laringectomizados totais adaptável a cânula de silicone e adesivos, Shower Aid (uso estimado: 1 unidade por ano); d) Lenço de preparo da pele, Skin barrier, caixa com 50 unidades (uso estimado: 365 unidades por ano); e) Lenço removedor de adesivos, Adhesive remover, caixa com 50 unidades (uso estimado: 365 unidades por ano); f) Cânula, Larytube 8/55 com anel azul, caixa com uma unidade (uso estimado: 2 unidades por ano).

DOENÇA(S) INFORMADA(S): C32.9

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG- 106050

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010155

Nota Técnica nº 10155 / 2026 NATJUS – TJMG

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Sem prejuízo das determinações retro e prestigiando o amparo técnico e a segurança jurídica nas demandas de saúde, determino a imediata expedição de ofício ao Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NAT-JUS) para que, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas, apresente Nota Técnica fundamentada acerca da imprescindibilidade, eficácia e pertinência do tratamento postulado para o quadro clínico do paciente (Neoplasia Maligna da Laringe - CID C32.9), englobando todos os insumos abaixo relacionados:

- a) Adesivos para estoma respiratório, Flexiderm Oval, caixa com 20 unidades (uso estimado: 365 unidades por ano);

- b) Cassete HME para estoma respiratório (média resistência), Xtraflow, caixa com 30 unidades (uso estimado: 365 unidades por ano);

- c) Protetor de banho para laringectomizados totais adaptável a cânula de silicone e adesivos, Shower Aid (uso estimado: 1 unidade por ano);

- d) Lenço de preparo da pele, Skin barrier, caixa com 50 unidades (uso estimado: 365 unidades por ano);

- e) Lenço removedor de adesivos, Adhesive remover, caixa com 50 unidades (uso estimado: 365 unidades por ano);

- f) Cânula, Larytube 8/55 com anel azul, caixa com uma unidade (uso estimado: 2 unidades por ano).

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

O quadro clínico do paciente após a laringectomia total é multidimensional, envolvendo alterações anatômicas permanentes, complicações cirúrgicas, déficits funcionais significativos (voz, deglutição, respiração e olfato) e impacto psicossocial substancial. A seguir, uma descrição detalhada de cada domínio:

Alterações Anatômicas e Respiratórias

A laringectomia total resulta na separação definitiva das vias aérea e digestiva. O paciente passa a respirar exclusivamente pelo traqueostoma permanente na região cervical anterior, perdendo a filtração, o aquecimento e a umidificação do ar inspirado pelas vias aéreas superiores. A reabilitação pulmonar com trocadores de calor e umidade (HME – heat and moisture exchangers) é considerada uma medida terapêutica obrigatória para minimizar complicações respiratórias como ressecamento traqueal, formação de crostas e tosse crônica. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery[1] Dispneia persistente é um dos sintomas mais relatados a longo prazo. Surgical Oncology + 1[2-3]

Perda da Voz e Reabilitação Fonatória

A remoção completa da laringe resulta em afonia imediata. A reabilitação vocal é um componente essencial do tratamento pós-operatório, e as opções incluem: AASCO + 1[4-5]

- Prótese traqueoesofágica (TEP): método preferido na maioria dos centros, com comunicação funcional alcançada em até 86–94%

dos pacientes. A fala traqueoesofágica está associada à melhor qualidade de vida relacionada à voz. *Frontiers in Oncology* + 2[6-8]

- Fala esofágica: alcançada em cerca de 32% dos casos. *Cancers*[9]

- Eletrolaringe (laringe artificial): dispositivo externo utilizado como alternativa.

Problemas vocais moderados a graves persistem em 57% dos pacientes a longo prazo, com dificuldades em ambientes ruidosos, interações sociais e ansiedade quanto à inteligibilidade. *Laryngoscope* + 1[10-11] A diretriz da ASCO enfatiza que nenhum paciente deve ficar sem algum método de restauração funcional da fala após a laringectomia total. **A** ASCO[4]

Deglutição e Nutrição

Embora a laringectomia total elimine o risco de aspiração, a disfagia pós-operatória ocorre em 17% a 72% dos pacientes. **JN** *JAMA*[12] A remoção do complexo hiolaríngeo compromete a retração da base da língua e a abertura do esfíncter esofágico superior, resultando em clearance faríngeo prejudicado.[12]

Disfagia moderada a grave está presente em 46% dos pacientes a longo prazo. *Laryngoscope*[10] Estenose neofaríngea ocorre em aproximadamente 11–27% dos casos, sendo mais frequente após cirurgia de resgate e reconstrução. *Cancers* + 1[9][13] A dependência de gastrostomia percutânea (PEG) afeta 23,7% dos pacientes, com tempo mediano até a remoção de 7 meses. *Scientific Reports*[7] A ingestão oral completa é al-

Nota Técnica nº 10155 / 2026 NATJUS – TJMG

cançada em 91–94% dos pacientes submetidos à laringectomia primária, mas cai para cerca de 42% nos casos mais extensos com faringectomia total. Cancers[9]

Complicações Cirúrgicas

Complicações pós-operatórias ocorrem em aproximadamente um terço dos pacientes (33–40%): Cancer + 1[14-15]


- Fístula faringocutânea: complicação mais frequente, ocorrendo em 6–14% na laringectomia primária e 20–32% na cirurgia de resgate. Fatores de risco incluem radioterapia prévia, quimiorradioterapia e tabagismo. Laryngology and Otology + 2[13-15]
- Infecção de ferida: 16% dos casos. Frontiers in Oncology[6]
- Hemorragia pós-operatória: 5,4%. Frontiers in Oncology[6]
- Hipotireoidismo: historicamente 15%, reduzido para 1,6% com hemitireoidectomia seletiva. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology[16]
- Estenose neofaríngea: 11–27%. Cancers + 1[9][13]

Impacto Psicossocial e Qualidade de Vida

O impacto psicológico é profundo e persistente:

- Depressão em 16% e ansiedade em 20% dos pacientes. Transtorno ansio-depressivo (HADS \geq 15) é relatado por 31% dos pacien-

tes e representa o principal preditor de qualidade de vida e desfechos vocais a longo prazo. *Surgical Oncology* + 1[2][10]

- Declínio significativo na função social, com redução de saídas sociais e frequência a restaurantes, associados a sentimentos de isolamento social.  *JAMA*[12]

- As necessidades de cuidados de suporte não atendidas aumentam progressivamente: domínio psicológico de 60,6% para 93,9% e domínio físico de 46,5% para 86,9% nos primeiros 6 meses. *Laryngology and Otology*[17]

- O suporte social percebido diminui significativamente (PSSS de 55,5 para 42,0), com o suporte familiar sendo o mais afetado. *Laryngology and Otology*[17]

A qualidade de vida geral é pior que a da população normativa na maioria dos domínios avaliados, com diferenças clinicamente relevantes em mais de 60% das escalas. *Laryngoscope*[18] Entretanto, revisões sistemáticas indicam que, embora os pacientes experimentem diferenças clinicamente importantes em muitos domínios, a carga de sintomas é geralmente classificada como leve. *Laryngoscope*[18] Após restauração vocal bem-sucedida com TEP, os escores de qualidade de vida e funcionamento são superiores a 70%. *Surgical Oncology*[2]

A perda do fluxo aéreo nasal resulta em hiposmia ou anosmia, com impacto significativo na percepção de sabores e na qualidade de vida. A reabilitação olfatória tem mostrado progresso considerável na última década, com técnicas como o "polite yawning" (bocejo educado) para redirecionar o fluxo aéreo pela cavidade nasal.

Referências

Practice of Laryngectomy Rehabilitation Interventions: A Perspective From Europe/the Netherlands.

Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. 2013. van der Molen L, Kornman AF, Latenstein MN, van den Brekel MW, Hilgers FJ.

Long-Term Functional and Quality of Life Outcomes in Laryngectomized Patients After Successful Voice Restoration Using Tracheoesophageal Prostheses.

Surgical Oncology. 2021. Bozec A, Boscagli M, Serris M, et al.

Quality of Life Before and After Total Laryngectomy: Results of a Multicenter Prospective Cohort Study.

Head & Neck. 2014. Singer S, Danker H, Guntinas-Lichius O, et al.

Use of Larynx-Preservation Strategies in the Treatment of Laryngeal Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update.

AJournal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology. 2018. Forastiere AA, Ismaila N, Lewin JS, et al. **Guideline**

Rehabilitation After Total Laryngectomy-a Tribute to the Pioneers of Voice Restoration in the Last Two Centuries.

Frontiers in Medicine. 2017. Lorenz KJ.

Functional Outcomes and Complications After Salvage Total Laryngectomy for Residual, Recurrent, and Second Primary

Nota Técnica nº 10155 / 2026 NATJUS – TJMG

Squamous Cell Carcinoma of the Larynx and Hypopharynx: A Multicenter Retrospective Cohort Study.

Frontiers in Oncology. 2020. Meulemans J, Demarsin H, Debacker J, et al.

Oncological and Functional Outcome After Laryngectomy for Laryngeal and Hypopharyngeal Cancer: A Population-Based Analysis in Germany From 2001 to 2020.

Scientific Reports. 2024. Kouka M, Beckmann L, Bitter T, et al.

Communication Changes With Laryngectomy and Impact on Quality of Life: A Review.

Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation. 2019. Sharpe G, Camoes Costa V, Doubé W, et al.

A New Classification System to Predict Functional Outcome After Laryngectomy and Laryngopharyngectomy.

Cancers. 2021. Grasl S, Schmid E, Heiduschka G, et al.

Health-Related Quality of Life, Dysphagia, Voice Problems, Depression, and Anxiety After Total Laryngectomy.

The Laryngoscope. 2022. Wulff NB, Dalton SO, Wessel I, et al.

Voice-Related Quality of Life After Total Laryngectomy: A Scoping Review of Recent Evidence.

Health and Quality of Life Outcomes. 2025. Pourliaka T, Panagopoulou E, Siafaka V.

Functional Laryngectomy and Quality of Life in Survivors of Head and Neck Cancer With Intractable Aspiration.

JN JAMA Otolaryngology-- Head & Neck Surgery. 2024. Evangelista L, Nativ-Zeltzer N, Bewley A, et al.

Complications and Predisposing Factors From a Decade of Total Laryngectomy.

The Journal of Laryngology and Otology. 2020. Thompson CSG, Asimakopoulos P, Evans A, et al.

Complications, Hospital Length of Stay, and Readmission After Total Laryngectomy.

Cancer. 2017. Goepfert RP, Hutcheson KA, Lewin JS, et al.

Postoperative Complications of Salvage Total Laryngectomy.

Cancer. 2005. Ganly I, Patel S, Matsuo J, et al.

Impact of Implemented Strategies on Survival and Complications in Laryngectomized Patients: A Retrospective Cohort Study From an Oncology Reference Center.

European Archives of Oto-Rhino-Laryngology : Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies : Affiliated With the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery. 2025. Morgado F, Caetano G, Branquinho F. **New**

Supportive Care Needs, Quality of Life and Social Support Among Laryngeal Cancer Patients Undergoing Total Laryngectomy: A Cohort Study.

The Journal of Laryngology and Otology. 2025. Zhu Y, Gong Y, Liu P. **New**

**Health-Related Quality of Life Following Total Laryngectomy:
Systematic Review.**

The Laryngoscope. 2021. Wulff NB, Højager A, Wessel I, Dalton SO, Homøe P.

**Interdisciplinary Interventions in the Perioperative Rehabilitation of
Total Laryngectomy: An Integrative Review.**

Clinics. 2018. Rosa VM, Fores JML, da Silva EPF, et al.

As complicações mais frequentes em pacientes laringectomizados que não utilizam insumos adequados de proteção do estoma traqueal (como filtros HME — heat and moisture exchangers) são predominantemente respiratórias e relacionadas a alterações da mucosa traqueobrônquica, decorrentes da perda do condicionamento do ar inspirado pelas vias aéreas superiores.

Complicações respiratórias infecciosas

Após a laringectomia total, o ar inspirado não é mais filtrado, aquecido e umidificado pelas vias aéreas superiores. Pacientes que não utilizam HME apresentam uma taxa significativamente maior de traqueobronquite e pneumonia — 0,285 episódios/paciente/ano em não usuários de HME versus 0,066 em usuários, segundo um inquérito europeu com cirurgias de cabeça e pescoço. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology[1] Um estudo recente confirmou que usuários contínuos de HME tiveram significativamente menos infecções respiratórias (8,8% vs. 50%, $p < 0,01$) e menor uso prolongado de expectorantes ou antitussíge-


Nota Técnica nº 10155 / 2026 NATJUS – TJMG

nos (3,8% vs. 18,4%, $p = 0,01$) em comparação com não usuários. Laryngoscope[2] A mortalidade associada a infecções respiratórias também foi estimada como mais de 3 vezes maior em não usuários de HME. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology[1]

Alterações histopatológicas da mucosa traqueal

A ausência de proteção do estoma leva a metaplasia escamosa do epitélio traqueal, encontrada em 50% dos pacientes laringectomizados em um estudo com biópsias traqueais. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology[3] Além disso, lesões pré-invasivas (displasia escamosa leve e moderada) foram encontradas em 11,4% dos não usuários de HME, contra apenas um caso entre os usuários. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology[3] Há também perda significativa de células ciliadas e redução da **velocidade de transporte mucociliar traqueal** nos pacientes sem HME. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology[4]


Produção excessiva de muco e rolhas mucosas

A falta de umidificação adequada resulta em ressecamento da mucosa, aumento da produção de muco espesso e formação de rolhas mucosas ((mucus plugging), que podem causar obstrução das vias aéreas e constituem uma das principais causas de visitas ao pronto-socorro e reinternações após laringectomia.  JAMA[5] A obstrução por rolha mucosa é uma emergência potencialmente fatal nessa população.

Tosse crônica e irritação traqueal

A exposição direta da traqueia ao ar ambiente não condicionado provoca tosse crônica, irritação e desconforto respiratório, especialmente em ambientes com poeira, ar frio ou seco. Clinical Medicine + 1[6-7] Pacientes que não utilizam HME tendem a necessitar mais de umidificadores externos e vaporizadores, além de apresentarem pior estado pulmonar geral. Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology[7]

Complicações estomais

Complicações do estoma — incluindo celulite estomal, sangramento, crostas e estenose — são frequentes e representam a causa mais comum de visitas ao pronto-socorro e reinternações nos primeiros 30 dias após a alta.  JAMA[5] A estenose do estoma foi observada em 18,2% dos pacientes em até 5 anos. Clinical Otolaryngology[8]

Em resumo, a proteção adequada do estoma com dispositivos HME é considerada essencial para reduzir a morbidade respiratória, preservar a integridade do epitélio traqueal e melhorar a qualidade de vida dos pacientes laringectomizados. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology + 3[1-4]

REFERÊNCIAS

1. Incidence of Severe Tracheobronchitis and Pneumonia in Laryngectomized Patients: A Retrospective Clinical Study and a European-Wide Survey Among Head and Neck Surgeons.

European Archives of Oto-Rhino-Laryngology : Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies : Affiliated With

Nota Técnica nº 10155 / 2026 NATJUS – TJMG

the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery. 2014. van den Boer C, van Harten MC, Hilgers FJ, van den Brekel MW, Retèl VP.

2. Early Initiation and Structured Education Promote Long-Term Heat and Moisture Exchanger Use After Total Laryngectomy.

The Laryngoscope. 2025. Otaki K, Takahashi T, Ohshima S, et al.


3. Pathohistological Changes of Tracheal Epithelium in Laryngectomized Patients.

European Archives of Oto-Rhino-Laryngology : Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies : Affiliated With the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery. 2015. Rosso M, Prgomet D, Marjanović K, Pušeljić S, Kraljik N.

4. Effects of Heat and Moisture Exchangers on Tracheal Mucociliary Clearance in Laryngectomized Patients: A Multi-Center Case-Control Study.

European Archives of Oto-Rhino-Laryngology : Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies : Affiliated With the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery. 2015. van den Boer C, Muller SH, van der Noort V, et al.

5. Patients Undergoing Total Laryngectomy: An At-Risk Population for 30-Day Unplanned Readmission.

 JAMA Otolaryngology-- Head & Neck Surgery. 2014. Graboyes EM, Yang Z, Kallogjeri D, Diaz JA, Nussenbaum B.

6. Quality of Life and Respiratory Performance in the Laryngectomized Patient: Role of the HME Filters During Physical Activity.

Journal of Clinical Medicine. 2024. Mesolella M, Allosso S, Mormile M, et al.

7. Long-Term Use of Heat and Moisture Exchangers Among Laryngectomees: Medical, Social, and Psychological Patterns.

The Annals of Otolaryngology, Rhinology, and Laryngology. 2013. Brook I, Bogaardt H, van As-Brooks C.

8. Risk Factors for Postoperative Complications After Total Laryngectomy Following Radiotherapy or Chemoradiation: A 10-Year Retrospective Longitudinal Study in Eastern Denmark.

Clinical Otolaryngology : Official Journal of ENT-UK ; Official Journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery. 2015. Wulff NB, Kristensen CA, Andersen E, et al.

Os insumos essenciais para cuidados com ostomias estão previstos no SUS, no entanto, não há previsão de marca comercial específica. Os insumos incluem sistemas de bolsas coletoras, barreiras cutâneas, anéis/selos de proteção, pós para pele periestoma, selantes cutâneos, pastas, cintos para ostomia e aparelhos convexos. A seleção dos produtos deve ser individualizada em consulta com profissionais especializados, considerando contornos corporais, tipo de pele, tipo de efluente do estoma e nível de protrusão. Wound, Ostomy, and Continence Nursing[1]

Sistemas de Bolsas Coletoras

As bolsas coletoras são o componente fundamental do cuidado com ostomias. Para colostomias, os aparelhos geralmente são trocados a cada 6-7 dias, enquanto para ileostomias a troca ocorre em média a cada 4 dias devido ao efluente líquido. Clinical Gastroenterology and Hepatology[2] A abertura do aparelho deve ser cortada aproximadamente 3 mm (1/8 de polegada) maior que o estoma para prevenir irritação da mucosa enquanto limita a exposição da pele ao efluente. Clinical Gastroenterology and Hepatology[2]

Acessórios para Prevenção de Vazamento

Para prevenir vazamentos, que são uma das complicações mais comuns e temidas, diversos acessórios estão disponíveis: Clinical Gastroenterology and Hepatology[2]

- Aparelhos convexos para elevar o estoma acima da pele periestoma
- Cintos para ostomia
- Pastas adesivas
- Anéis ou selos de barreira cutânea

Produtos para Proteção da Pele Periestoma

A proteção da pele periestoma é crucial para prevenir dermatite de contato irritativa, que é a complicação mais comum em pessoas com ostomias. Advances in Skin & Wound Care[3] Os produtos recomendados incluem: Clinical Gastroenterology and Hepatology[2]

- Pós para estoma (aplicados em fina camada sobre a pele)
- Selantes cutâneos (aplicados sobre o pó para criar uma barreira protetora)
- Barreiras cutâneas com tecnologia de proteção da pele
- Curativos hidrocoloides para casos de dermatite periestoma grave

Produtos Especializados

Estudos recentes demonstram que placas base de ostomia com tecnologia de proteção cutânea reduzem significativamente as complicações cutâneas periestoma e melhoram a qualidade de vida. British Journal of Dermatology[4] Para casos de dermatite irritativa grave, o uso combinado de fibras de

carboximetilcelulose de sódio com curativos hidrocoloides mostrou-se eficaz, com redução do desconforto em 7 dias e cicatrização das lesões em 4 semanas. Advances in Skin & Wound Care[3]

Considerações Importantes

Cada pessoa tem necessidades únicas de produtos para ostomia devido a variações nos contornos corporais, tipo de pele, tipo de efluente do estoma e nível de protrusão. Wound, Ostomy, and Continence Nursing[1] O acesso a produtos compatíveis e bem ajustados é crucial para melhorar os resultados clínicos e evitar complicações cutâneas periestoma e readmissões **hospitalares.** Wound, Ostomy, and Continence Nursing[1] A seleção de produtos requer avaliação individualizada, seleção, treinamento e ajustes contínuos por profissionais de saúde especializados, como enfermeiros certificados em cuidados com ostomias

1.Ostomy and Continent Diversion Patient Bill of Rights: Research Validation of Standards of Care.

Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing : Official Publication of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. 2022. Burgess-Stocks J, Gleba J, Lawrence K, Mueller S.**Guideline**

2.AGA Clinical Practice Update on Management of Ostomies: Commentary.

Clinical Gastroenterology and Hepatology : The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association. 2023. Hedrick TL, Sherman A, Cohen-Mekelburg S, Gaidos JKJ. **Guideline**

3.Effectiveness of Semiocclusive Sodium Carboxymethyl Cellulose Fibers and Hydrocolloid Dressings for Irritant Peristomal Dermatitis: A Case Series.

Advances in Skin & Wound Care. 2021. Collado-Boira E, Boldo-Roda P, Bernat-Adell MD, et al.

4.An Ostomy Baseplate With a Skin-Protection Technology Reduces Peristomal Skin Complications: A Randomized Controlled Trial (The ATTRACT Study).

The British Journal of Dermatology. 2023. Sætre R, Gotfredsen JL, Nonboe P, et al.

A previsão do quantitativo de insumos necessários deve ser estabelecida no momento inicial do tratamento e revista periodicamente através do plano individual de assistência ao paciente. No caso concreto foi prescrito quantitativo de troca diária para o período de um ano (365 unidades de cada). A quantidade específica necessária pode variar em cada momento clínico, devendo ser periodicamente revista e atualizada pelo profissional especializado nos cuidados aos pacientes laringectomizados.

Os insumos fornecidos pelo SUS para os cuidados com os pacientes laringectomizados possuem registro e aprovação da ANVISA para a finalidade terapêutica pretendida para o caso em tela. Não há evidência científica de superioridade de eficácia entre as marcas regularmente comercializadas no país.

O SUS disponibiliza os insumos necessários aos cuidados com os pacientes laringectomizados, porém, sem especificação de marca comercial. As equipes complementares à saúde da família (EMAD, NASF), que prestam assistência domiciliar, incluem o profissional enfermeiro e/ou fisioterapeuta, os quais são os responsáveis por estabelecer os planos de cuidados individuais e indicar os insumos necessários a cada paciente.

Existem programas de cuidados domiciliares a pacientes que necessitam de cuidados especializados no domicílio por longo prazo. Vide Ministério da Saúde: Orientações para o cuidado do paciente no ambiente domiciliar, Programa Melhor em Casa

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/atencao-domiciliar>

e Portaria GM/MS Nº 3.005, de 02 de janeiro de 2024.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/melhor-em-casa/legislacao>

Trata-se paciente 70 anos de idade com traqueostomia definitiva devido a neoplasia de laringe, solicita insumos para cuidados com traqueostomia. O tratamento do quadro clínico apresentado pelo paciente, envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas que objetivam, principalmente, o alívio dos sinais e sintomas, a melhora da qualidade de vida, a diminuição da progressão da disfunção existente, a humanização da assistência, a redução da demanda de assistência hospitalar, e a consequente redução da mortalidade. Ações complementares à equipe da saúde da família, são realizadas na atenção básica, pela EMAD e/ou NASF. As diferentes abordagens terapêuticas são adotadas em conformidade com o estágio evolutivo de cada quadro. O Núcleo Ampliado de Saúde

da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF). A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. A equipe multiprofissional deve oferecer apoio à atenção domiciliar, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Sua composição mínima deverá conter três profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações: Assistente social; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Odontólogo; Psicólogo; Farmacêutico; e Terapeuta ocupacional. Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o Programa Melhor em Casa indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, e 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. Atenção Domiciliar (AD): 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 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 1 - 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. “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 ambulatórios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016)”.³ “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 abcesso, 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)".³ **“A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuem 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 incluí-****

do 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 reatguarda 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)”.³

Componente Básico: Os medicamentos do componente básico de assistência farmacêutica (CBAF), são aqueles destinados à Atenção Primária à Saúde. São adquiridos pelo Governo do Estado com recurso tripartite - federal, estadual e municipal, e distribuídos para os municípios. O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Farmácias Comunitárias ou unidades da Farmácia de Minas. A dispensação desse grupo de medicamentos é responsabilidade dos municípios. Componente Especializado: Os medicamentos do componente especializado de assistência farmacêutica (CEAF), visam garantir no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado, com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)

publicados pelo Ministério da Saúde, e cujo fornecimento ao paciente é responsabilidade essencialmente do Estado. O acesso aos medicamentos do Componente Especializado, os quais fornecidos através de protocolo, ocorre nas 28 Farmácias das Regionais de Saúde, mediante deferimento de processo administrativo de solicitação de medicamento.

V – CONCLUSÕES:

- ✓ Existe programa do SUS para cuidados de traqueostomia e fornecimento de insumos
- ✓ O programa está bem indicado para paciente em tela na modalidade AD3
- ✓ Os cuidados multidisciplinares reduzem o risco de complicações e são necessários a um paciente laringectomizado. O paciente tem indicação de receber acompanhamento por equipe especializada e ter acesso aos insumos indicados para seus cuidados, conforme cada momento clínico de sua evolução. Porém, não há elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico dos insumos da marca comercial requerida

- ✓ Não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico dos insumos requeridos, para os cuidados do paciente em tela.

VI – REFERÊNCIAS:

- 1) RENAME 2024.
- 2) Portaria GM/MS 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.
- 3) Manual do Serviço de Atenção Domiciliar. Maio de 2020. Prefeitura Municipal de Assis. <https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/1167508062020111330.pdf>
- 4) EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. <https://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/saibaMais.html>
- 5) Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2011. https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_tratamento_feridas.pdf
- 6) Guia de Tratamento de Feridas, Prefeitura Municipal de Campinas. <http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO1286.pdf>
- 7) Perguntas & respostas. Fórmulas para nutrição enteral. Anvisa Gerência Geral de Alimento, Gerência de Registro de Alimentos, 1ª edição Brasília, 1 de julho de 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/2810640/F%C3%B3rmulas+para+nutri%C3%A7%C3%A3o+enteral/a26b2476-189a4e65-b2b1-4b94a94a248c>.
- 8) Regulamento Técnico sobre Fórmulas Para Nutrição Enteral, seção I do capítulo III da RDC nº 21/2015.
- 9) Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para dispensação de fórmulas alimentares para adultos e idosos. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&url>
Nota Técnica nº 10155 / 2026 NATJUS – TJMG

ArqPlc=protocolo_dispensacao_formulas_alimentares_adultoseidosos.pdf.

10) A portaria número 400 do Ministério da Saúde, de 16 de novembro de 2009, acessível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_200

10) Nutrição Enteral, RDC nº 63 de 06 de julho de 2000. ANVISA. <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC%2063%20NUTRICAO%20ENTERAL.pdf>

11) Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf

12) Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. 2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf

VI – DATA: 07/07/2025

NATJUS/TJMG