

**Data: 31/08/2016**

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	X

## **Resposta Técnica 32/2016**

**Solicitante:** José Carlos de Matos – Juiz de Direito 2ª Vara Cível - Ipatinga

**Número do processo:** 5005823-05.2016.8.13.0313

**Autor:** R..V.P.C.

**Ré:** UNIMED VALE DO AÇO - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

**Tema:** Internação domiciliar

## **Sumário**

PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA.....	3
DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA <sup>1</sup> .....	3
SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR .....	4
SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS .....	5
<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>8</b>

## CONTEXTO

Solicitante: José Carlos de Matos – Juiz de Direito 2ª Vara Cível - Ipatinga Processo: 5005823-05.2016.8.13.0313

Autor: R. V.P.C.

Ré(u): Unimed Vale do Aço.

Tema: Cuidados domiciliares (home care) em paciente em coma vigil e em estado neurovegetativo.

SOLICITAÇÃO/ CASO CLÍNICO Atento à parceria firmada entre o e. TJMG e este Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde – NATS relacionada à saúde suplementar, solicito a Vossa Senhoria informações técnicas sobre o caso(cópia integral dos autos em anexo), tendo por pretensão o fornecimento de atendimento domiciliar “home care” à parte autora que, em decorrência das sequelas do quadro de septicemia e parada cardiorrespiratória está em coma vigil e em estado neurovegetativo.

a) O tratamento home care é aprovado pela ANVISA? **Sim**

b) É indicado para o tratamento da doença no seu estágio apontado nos relatórios anexos? **Sim**

c) Existe algum outro tratamento que possa substituí-lo, com menor ônus para o plano de saúde contratado? **Vide a Nota Técnica**

d) Em razão do quadro de saúde do paciente, a assistência domiciliar prestada pelo plano de saúde substitui satisfatoriamente o “home care” pretendido ou este é o único ou mais indicado? **Não ficou caracterizada nos autos a assistência domiciliar proposta pelo plano de saúde. Tem-se apenas a descrição de um acordo extra judicial.**

Tecer outras considerações que julgar necessárias, tendo em vista os elementos essenciais de informação contidos na inicial e nos relatórios médicos. Para cumprimento da diligência, em face da urgência do caso, solicito que a resposta seja enviada eletronicamente, no prazo de 48 (quarenta e oito) horas. **Vide Nota Técnica.**

Coloco-me à inteira disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

JOSÉ CARLOS DE MATOS

JUIZ DE DIREITO

## PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

**População:** paciente em coma vigil e estado neurovegetativo.

**Intervenção:** Internação domiciliar qualificada e multidisciplinar

**Comparação:** não se aplica

**Desfecho:** melhora da qualidade de vida.

## DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA<sup>1</sup>

“Em meados de maio do ano passado o autor deu entrada no hospital da UNIMED para internação de cirurgia clínica eletiva de gastroplastia redutora, ou seja, para realizar uma cirurgia de redução de estômago. Ocorre que a cirurgia foi mal sucedida e o requerente após complicações da cirurgia o autor evoluiu com choque séptico, parada cardiorrespiratória e isquemia com crises convulsivas frequentes, sendo entubado e colocado em ventilação mecânica e foi realizada traqueostomia para que o paciente pudesse respirar e gastrostomia para alimentação, laudos médicos em anexo. Infelizmente o estado de saúde do autor é tão grave que o mesmo permanece internado até a presente data, ou seja, há mais de um ano e dois meses. Desta maneira o autor atualmente em decorrência das sequelas do quadro de septicemia e parada cardiorrespiratória está em coma vigil, em estado neurovegetativo.”

Portanto, trata-se de paciente previamente capaz em suas atividades diárias submetido a uma cirurgia eletiva **com resultado não esperado**. Atualmente paciente grave, com prognóstico reservado e com necessidades do melhor cuidado suportivo, isto é, cuidados paliativos.

A Assistência Domiciliar é uma nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Em termos gerais a internação domiciliar se destina a:

- Idoso portador de doença crônica com incapacidade funcional e dependência física para as atividades da vida diária (AVD).
- **Portadores de doenças que necessitem de cuidados paliativos.**
- Pacientes com patologias múltiplas e comorbidades, dependência total/parcial, que necessitem de equipamentos e procedimentos especializados no domicílio.
- Pacientes internados em hospital referência que têm condições clínicas de receber alta precoce e assim serem desospitalizados e que possuam alguma condição que os incapacitem de comparecer à Unidade de Saúde.
- Portadores de incapacidade funcional que apresentem: Doenças crônicas agravadas, transmissíveis ou não (tuberculose, câncer, moléstias cardiovasculares e outras).
- Sequelas por acidentes decorrentes de causas externas ou outros.

Os cuidados prolongados podem ser oferecidos por instituições de longa permanência, com infra estrutura mínima de apoio tecnológico e de profissionais de saúde, ou, naturalmente no próprio domicílio.

Relatório médico de Dr. Norberto de Sá Neto: “transferência para hospital de crônicos ou alta para cuidados domiciliares”

É importante ressaltar que o cuidado domiciliar para pacientes que necessitam de maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, é complexo e oneroso.

## SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O Rol de cobertura da ANS<sup>i</sup> vigente desde 02 de janeiro de 2014 prevê em seu artigo 13º:

---

<sup>i</sup>Resolução Normativa - RN Nº 338, de 21 de outubro de 2013 e anexos. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_a\\_sunto/ProdEditorialANS\\_Rol\\_de\\_Procedimentos\\_e\\_eventos\\_em\\_saude\\_2014.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_a_sunto/ProdEditorialANS_Rol_de_Procedimentos_e_eventos_em_saude_2014.pdf) ; acesso em 05/05/2016

Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998. (Alterado pelo RN nº 349<sup>ii</sup>, de 9 de maio de 2014)

Parágrafo único. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

- Portanto, é facultado à operadora o fornecimento ou não de assistência domiciliar e caso ela seja oferecida, deve atender às normas da vigilância sanitária.

No entanto, grandes operadoras de saúde, com frequência, têm programas de assistência domiciliar para pacientes em condições que demandem assistência domiciliar.

## **SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS**

PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013 Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>iii</sup>

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

---

<sup>ii</sup> A RN 349 prevê o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, exclusivamente para paciente em tratamento de câncer.

<sup>iii</sup> [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html). Acesso em 05/05/2016

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 6º São requisitos para que os Municípios tenham SAD:

I - apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver na Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes;

II - estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e

III - possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra.

A portaria estabelece o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Na ausência de credenciamento para esta portaria, o município deve reorganizar o processo de trabalho das equipes assistenciais: Equipes da Saúde da Família,

profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros, para prestar assistência à paciente, nos moldes da portaria.

Os cuidados paliativos devem ser realizados de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa.

Há uma publicação do Ministério da Saúde para sistematizar a atenção a pacientes com esta condição crônica, pelo Sistema Único de Saúde: Caderno de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa: A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou: Padronização, Fluxos e Rotinas Técnica para ASSISTÊNCIA DOMICILIAR <sup>2</sup>

<sup>2</sup><http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>

Legislação/Normalização da ANVISA

A ANVISA define Home Care ou Atenção Domiciliar:

[http://portal.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13?p\\_p.id=101\\_INSTANCE\\_FXrpx9qY7FbU&p\\_p.col.id=column-2&p\\_p.col.pos=1&p\\_p.col.count=2&\\_101\\_INSTANCE\\_FXrpx9qY7FbU\\_groupId=219201&\\_101\\_INSTANCE\\_FXrpx9qY7FbU\\_urlTitle=home-care&\\_101\\_INSTANCE\\_FXrpx9qY7FbU\\_struts.action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_INSTANCE\\_FXrpx9qY7FbU\\_assetEntryId=2870410&\\_101\\_INSTANCE\\_FXrpx9qY7FbU\\_type=content](http://portal.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13?p_p.id=101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU&p_p.col.id=column-2&p_p.col.pos=1&p_p.col.count=2&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_groupId=219201&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_urlTitle=home-care&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_struts.action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_assetEntryId=2870410&_101_INSTANCE_FXrpx9qY7FbU_type=content)

E regula e controla os serviços de Home Care ou Atenção Hospitalar de acordo com a RDC: **Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 11, em 26 de janeiro de 2006**

## DISCUSSÃO

- Do ponto de vista técnico/médico descrito no relatório do médico assistente, há indicação da paciente em questão estar inserida em um programa de ASSISTÊNCIA/INTERNAÇÃO DOMICILIAR e com necessidade de cuidados paliativos.

O paciente tem uma condição de saúde crônica, grave e complexa. A estrutura necessária para dar suporte à paciente é muito onerosa, portanto, deve ser **sistematizado e compartilhado** um projeto de cuidados racional e com bom senso para especificar os itens necessários e responsabilidades profissionais, sob o risco de inviabilizar a permanência do paciente no domicílio, seja pela família, gestor público ou pela operadora de saúde.

Familiares e/ou cuidadores devem se responsabilizar e se envolver diretamente pelos cuidados do paciente.

### **Operadoras de saúde:**

É facultado à operadora o fornecimento ou não de assistência domiciliar e caso ela seja oferecida, deve atender às normas da vigilância sanitária.

No entanto, várias operadoras de saúde têm programas de assistência domiciliar para pacientes em condições que demandem assistência/internação domiciliar.

### **Sistema Único de Saúde**

O SUS tem Normatização, Padronização, Fluxos e Rotinas Técnicas para ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. Devem ser verificados junto à secretaria municipal de saúde de origem da paciente quais recursos disponíveis (profissionais de saúde, materiais e insumos, medicamentos prescritos, outros) para acompanhamento da paciente.

## **PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADORES ENVOLVIDOS**

Não está clara a necessidade de auxiliar/técnicos de enfermagem 24 horas e sessões de fonoaudiologia diárias. Não foram anexadas as atribuições dos técnicos de enfermagem e fonoaudiologia diária.

A necessidade técnica de auxiliar/técnico de enfermagem pode ser determinada para situações técnicas específicas, por exemplo, troca de sondas, administração de medicamentos por via endovenosa.

Cuidadores e/ou familiares devem se responsabilizar e se envolver diretamente pelos cuidados do paciente.

## **MATERIAL PARA CUIDADOS**

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou: Padronização, Fluxos e Rotinas Técnica para ASSISTÊNCIA DOMICILIAR <sup>2</sup> . Pode ser um bom parâmetro para estabelecer quantitativos e rotinas necessárias.

<sup>2</sup><http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>

## **Terapia Nutricional Enteral Domiciliar**

Pode ser feita a partir de várias formulações diferentes da proposta. É necessária a avaliação de profissional de nutrição.

## CONCLUSÃO

Há indicação do paciente em questão estar inserida em um programa de ATENÇÃO/INTERNAÇÃO DOMICILIAR.

Não foi anexado nenhum Plano Terapêutico (PT). É necessária a construção de um PT racional para o paciente. Assim, como já descrito, a estrutura necessária para dar suporte ao paciente é muito onerosa, portanto, deve ser sistematizado e compartilhado um projeto de cuidados racional. Devem estar muito bem definidos os papéis de cuidadores/família, dos profissionais da saúde pública e da operadora da saúde.

Obs: o Nats não avalia questões contratuais.

## Referências

1. Martelli DRB, Silva MS da, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2011;21(1):147–157.