

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Única

COMARCA: Itapagipe

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008409

IDADE: 59 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G40.8, I64, I68.4, I69,

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care na modalidade AD3, sonda botton Mic-key®, dieta enteral padrão (Trophic basic 1.0 – 11 potes), medicamentos diversos, gases (30 pacotes) e soro fisiológico 0,9% 100 mL (100 unidades).

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação continuada de cuidados básicos diários de suporte de vida por tempo indeterminado, para paciente restrita ao leito com incapacidade funcional global, totalmente dependente de terceiros para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicitação de nota(s) técnica(s) pelo sistema E-Natjus.

R.: Em 2011 foi instituída a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), pela Portaria nº 2029, que criou o Programa Melhor em Casa (PMC) como subsídio à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) pelos municípios.

A atenção domiciliar (AD) é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Na AD, a assistência ofertada organiza-se em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. A definição da modalidade assistencial relaciona-se à densidade tecnológica, às necessidades de saúde, à periodicidade das visitas, à

intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. Os critérios de elegibilidade e inclusão a uma delas podem ser clínicos e administrativos, normatizados pela Portaria nº 825/2016. Consideram-se elegíveis à AD1 aqueles cujo estado de saúde esteja estável, possibilitando que a assistência seja realizada no domicílio, por cuidadores, sob a responsabilidade de acompanhamento mensal pela APS. À AD2 elegem-se aqueles com afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, minimamente semanais, por equipe multiprofissional, e, caso demandem equipamentos e procedimentos de maior complexidade, estes passarão à modalidade de AD3.

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente restrita ao leito, em virtude de sequela de acidente vascular encefálico ocorrido em 2016, evoluindo com sequela motora e cognitiva e grave comprometimento funcional global e permanente.

A paciente tem necessidade de um cuidador em período integral para os cuidados de suporte de vida, tais como: higiene e troca de fraldas, alimentação e administração de medicação pela gastrostomia, alternância de posturas e transferências, aspiração e cuidados com a traqueostomia, entre outros cuidados; os quais são compatíveis com a função / atribuição de um cuidador treinado.

Não foi identificada a prescrição / necessidade de execução de procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, exigindo a disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas, por tempo indeterminado.

A paciente tem indicação de receber assistência domiciliar multidisciplinar através de visitas programadas de profissionais da saúde em conformidade com um plano de atenção domiciliar individualizado (PAD), em conformidade com as necessidades de cada momento da evolução clínica da paciente.

A definição das especialidades e da frequência das visitas dos

profissionais envolvidos na prestação da assistência multidisciplinar domiciliar, deve ser estabelecida através do PAD, o qual deverá ser periodicamente revisto.

Constatou-se que de janeiro de 2018 a junho de 2021 houve o ingresso de 147 ações judiciais de prestação de serviço de cuidados domiciliares especializados para usuários do SUS, às vezes sem a devida indicação técnica, evidenciando um impacto financeiro de R\$ 19.975.076,14, contrariando o princípio da universalidade do SUS, cujo objetivo é a formulação de políticas públicas que visam o atendimento à população geral.⁶⁰

A prestação da assistência domiciliar contínua e por tempo indeterminado, em qualquer uma de suas modalidades, não visa suprir a carência de estrutura familiar e/ou social para a realização dos cuidados de suporte de vida ao paciente.

Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente restrita ao leito, com histórico de acidente vascular encefálico extenso (AVE) em 31/03/2016, evoluindo com sequela motora e cognitiva, epilepsia. Encontra-se alimentando através de gastrostomia realizada em 15/04/2019, e em uso de oxigênio suplementar através de traqueostomia definitiva. Possui dependência total e permanente de terceiros para as atividades básica e instrumentais da vida diária.

Consta que a paciente está em tratamento poli farmacológico com o uso contínuo de Depakene® (ácido valpróico), Fenitoína, cloridrato de ambroxol, bromidrato de galantamina, oxalato de escitalopram, clobazam, lamotrigina.

Documento ID Num. 10507130002 - Pág. 1 a 11, relatório para judicialização, solicita a disponibilização de assistência domiciliar contínua por tempo indeterminado, com equipe multidisciplinar composta por técnico de enfermagem 24 horas, visita de enfermeiro 1 vez/semana, nutricionista 1 vez/mês, médico clínico geral 1 vez/mês, fisioterapia não especificada 5

vezes/semana.

Documento ID Num. 10507087036 - Pág. 1, datado de 17/01/2017 indica a necessidade de cuidadora em tempo integral.

Documento ID Num. 10507087036 - Pág. 2, datado de 28/06/2016 solicita fornecimento de dieta enteral padrão industrializada.

Documento ID Num. 10507087036 - Pág. 9, datado de 01/07/2016 conta sumário de alta da internação do tratamento do acidente vascular encefálico isquêmico extenso (AVE), constam orientações para a família e relatório ao PSF solicitando acompanhamento conjunto.

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

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

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

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

existentes. É caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde pública e/ou privada). Tem como principais usuários, pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária.

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

- 1) **Atenção Domiciliar**: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
- 2) **Cuidador**: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- 3) **Assistência domiciliar**: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- 4) **Internação Domiciliar**: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

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

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

O COREN do Estado de Sergipe, a partir da Resolução do COFEN nº 186/1995 e do Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, emitiu Parecer Técnico nº 47/2015, o qual traz informações sobre as atribuições que

são exclusivas da equipe de enfermagem, e quais podem ser delegadas aos cuidadores leigos, no que tange aos cuidados domiciliares do paciente acamado.

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

O Técnico e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício Profissional e no Decreto que a regulamenta, participam da execução da atenção domiciliar de enfermagem, naquilo que lhe couberem, sob supervisão e orientação do Enfermeiro.⁵

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

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

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

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

A figura do cuidador é aquele familiar ou não, que desenvolve os

cuidados no âmbito familiar e com o suporte de uma equipe de atenção domiciliar, conforme definido na Portaria GM nº 963/2013 do Ministério da Saúde - Brasil.

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

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

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

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

domiciliar, modalidade AD3 do programa do SUS.

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

No **caso concreto**, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade realização de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas/dia, por tempo indeterminado.

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

No SUS a **Atenção Domiciliar** (AD) é modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. A atenção domiciliar pode ser direcionada a tratamentos de curto prazo para intercorrências agudas, de médio e longo prazo para situações crônicas e sequelares.

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

O *Programa Melhor em Casa*, faz parte da rede de atenção à saúde do SUS e é dedicado ao cuidado multiprofissional em saúde, pelo tratamento de doenças, prevenção de sequelas, cuidados paliativos e reabilitação intensiva. O Programa é uma iniciativa que oferece cuidado domiciliar para pacientes que precisam de atenção contínua, evitando internações prolongadas e promovendo o conforto e a recuperação no ambiente familiar. Ele é voltado para pessoas que estejam passando por um momento de piora de sua doença e, por limitações temporárias ou permanentes, e que não conseguem se deslocar até uma unidade de saúde. Sem essa possibilidade de atendimento domiciliar, essas pessoas poderiam necessitar de hospitalização. Além disso, o programa ajuda os pacientes que estão hospitalizados a terem alta mais rápido, permitindo que continuem o tratamento em casa, quando for possível.

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

A diferença entre a Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar (EMAD's) e as equipes de atenção básica, está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional. O cuidado é organizado, realizado através de três modalidades assistenciais: Atenção Domiciliar - AD1, AD2 e AD3. A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multi profissional e ao uso de equipamentos.

“A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados / compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de

atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A prestação da assistência à saúde nessa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica (UBS/ESF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Essas equipes são apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016)".¹⁷

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

"A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser

oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016). Nas modalidades AD2 e AD3, deve estar garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD, já na modalidade AD1, a responsabilidade é da equipe da unidade de saúde/ ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)”.¹⁷

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

Medicamentos requeridos:

Depakene® (ácido valpróico): medicamento disponível na rede pública através do componente básico de assistência farmacêutica, vide RENAME 2024.

Fenitoína: medicamento disponível na rede pública através do componente básico de assistência farmacêutica, vide RENAME 2024.

Cloridrato de ambroxol: medicamento não disponível na rede pública. O cloridrato de ambroxol é indicado para a terapia secretolítica e expectorante nas afecções bronco pulmonares agudas e crônicas associadas à secreção mucosa anormal e transtornos do transporte mucoso. Não há alternativa disponível na rede pública nacional, alguns municípios disponibilizam a

carbocisteína.

Bromidrato de galantamina: medicamento disponível na rede pública através do componente especializado de assistência farmacêutica, vide RENAME 2024.

Oxalato de escitalopram: medicamento não disponível no SUS. Atualmente, como alternativa para a mesma finalidade terapêutica (controle da depressão e ansiedade), está disponível o cloridrato de fluoxetina, o cloridrato de nortriptilina, e a amitriptilina, vide RENAME 2024.

Existe um Projeto de Lei 387/25, que inclui novos medicamentos antidepressivos no Sistema Único de Saúde. A proposta prevê a inclusão na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) dos seguintes remédios: escitalopram, duloxetina, trazodona, sertralina, venlafaxina, mirtazapina, bupropiona, agomelatina e vortioxetina.

<https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/20/03/2025/projeto-inclui-escitalopram-sertralina-bupropiona-e-outros-no-sus>

Clobazam: medicamento disponível na rede pública através do componente especializado de assistência farmacêutica, vide RENAME 2024.

Lamotrigina: medicamento disponível na rede pública através do componente especializado de assistência farmacêutica, vide RENAME 2024. Foi apresentado documento de que a paciente já recebe a medicação pelo SUS.

A gastrostomia é uma abertura entre a parede abdominal e o estômago que fornece o acesso à alimentação enteral de longo prazo. Existem diferentes tipos de sondas de gastrostomia, com variados tamanhos e produzidas com distintos materiais. As sondas podem ser longas ou de perfil baixo, também chamadas de nível de pele ou botton, com retentor interno balonado ou não balonado.

As principais e mais conhecidas marcas comerciais de sonda tipo "botton" (baixo perfil) para gastrostomia disponíveis no mercado brasileiro incluem: **MIC-KEY da Avanos**, a **MiniONE da AMT**, a Nutriport da Cardinal Health, a Blenta Medical e a **G-Flex (com a linha Teeny)**.

A **sonda botton MIC-KEY®** (frequentemente chamada de "botton

Mickey") é um tubo de gastrostomia de baixo perfil usado para dar comida, água e remédios direto no estômago. Ela fica rente à pele, e traz mais conforto, discrição e mobilidade ao paciente em comparação às sondas longas de gastrostomia. É um dispositivo amplamente difundido em diferentes países e cuja efetividade e segurança são conhecidos.

O aspecto estético favorável, a maior facilidade de manutenção e a menor incidência de complicações resultam na preferência por este tipo de sonda entre pacientes, cuidadores e comunidade médica. A sonda botton tem custo significativamente maior do que as sondas longas, o que pode ser determinante para a baixa difusão da tecnologia no Brasil. Supõe-se que análises levando em conta a qualidade de vida do paciente poderiam resultar ainda mais favoráveis à sonda botton, mas, no entanto, estudos adicionais seriam necessários.

No SUS, a Conitec emitiu parecer favorável à incorporação da sonda botton para gastrostomia em crianças e adolescentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme a Portaria nº 70, publicada no Diário Oficial da União nº 211, seção 1, página 151, em 10 de novembro de 2021.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20211110_relatorio_671_sonda_botton_crianças.pdf/@@display-file/file)

[br/midias/relatorios/2021/20211110_relatorio_671_sonda_botton_crianças.pdf/@@display-file/file](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20211110_relatorio_671_sonda_botton_crianças.pdf/@@display-file/file)

Dieta enteral padrão (Trophic basic 1.0): A terapia enteral (TNE), consiste de procedimentos que permitem a administração de nutrientes pelo trato digestivo por via oral, sondas ou ostomias, visando manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente. Indicada a indivíduos com alteração metabólica e/ou fisiológica que cause mudanças restritivas ou suplementares em sua alimentação, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). A terapia alimentar nos casos de necessidades alimentares especiais, difere muito conforme o tipo de alteração fisiológica e metabólica de cada indivíduo. Nesse sentido, uma atenção nutricional bem planejada pode suprir as necessidades nutricionais do

indivíduo, sob os aspectos qualitativo e quantitativo, bem como sob a forma de administração dos alimentos. Por isto esta terapia deve ser orientada por nutricionista, quem determinará o tipo e volume de dieta necessário a cada caso.

Os pacientes que mais demandam a TNE são, além dos desnutridos, os em risco nutricional e os com doenças que resultam na impossibilidade de mastigação e deglutição, como no AVE, câncer de cabeça, pescoço ou esôfago, doenças neurológicas em estágios avançados (Parkinson e Alzheimer). Frequentemente, nestas situações, há indicação de TNE prolongada, sem necessidade de manutenção da internação hospitalar, por estabilização clínica do paciente, sendo a terapia nutricional enteral domiciliar mais indicada. Neste caso a TNE domiciliar é a mais indicada e no Brasil, o uso de dietas artesanais e/ou semi-artesanais incentivado nestes pacientes.

As dietas enterais variam quanto a seu tipo em artesanal ou industrial. As dietas industrializadas são regulamentadas pela ANVISA e contêm macro e micronutrientes em proporções padronizadas. dieta padrão contem proteínas, lipídios, carboidratos, vitaminas e minerais, necessários à nutrição de indivíduos normais. Apresentam custo mais elevado, maior controle de qualidade sanitária, maior comodidade de preparação e composição química definida.

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. Mesmo em dietas especiais, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais com o uso de soja como proposto no caso. Do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas a dieta artesanal e industrializada tem o mesmo efeito, de modo que podem ser usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar em quantidade adequada para cada caso.

O Sistema Único de Saúde (SUS), não trata as dietas e insumos como medicamentos, assim não existe no SUS legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar. 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. Nesse contexto, destaca-se que o cuidado alimentar deverá, sempre que possível, ser realizado por meio de técnicas dietéticas específicas que utilizam os alimentos como base da dieta do indivíduo, mesmo que portadores de necessidades específicas. Excepcionalmente em situação cientificamente justificada, quando esgotadas todas as outras alternativas terapêuticas, existem diretrizes regulatórias loco-regionais, como em Belo Horizonte, Ipatinga, Betim para regulamentar a disponibilização de dieta industrializada.

No **caso concreto**, o acompanhamento e cuidados diários necessários à paciente (higiene pessoal e troca de fraldas, alimentação e administração de medicação pela gastrostomia, aspiração e cuidados com a traqueostomia, alternância de posturas e transferências, cuidados com a integridade da pele, entre outros) não demandam / exigem a presença e execução por profissionais da saúde habilitados, mais especificamente profissional técnico de enfermagem por período integral de 24 horas/dia; ou seja, os cuidados são atribuições compatíveis com a figura do cuidador treinado, que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar com o suporte de uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar.

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

Faz-se necessário ressaltar que a nota técnica tem por finalidade responder de forma preliminar a uma questão clínica sobre potenciais efeitos

de uma tecnologia em saúde, para uma determinada condição. Para tanto, é realizada análise documental, dos fundamentos científicos e avaliação em tese da questão posta. Portanto, a conclusão “favorável” ou “desfavorável” diz respeito tão somente às evidências científicas atualizadas sobre a metodologia em foco e à indicação do seu custeio pelo poder público ou saúde suplementar, levando em consideração as opções disponíveis.

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

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.*
- 2) Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar). Resolução Normativa n.º 465/2021 ANS.
- 3) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.
- 4) Guia Prático do Cuidador de Idoso. Ministério da Saúde. 2008.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
- 5) Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 766, de 05 de novembro de 2024. *Aprova as normas e diretrizes para atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar.*
<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-766-de-05-de-novembro-de-2024/>
- 6) Resolução COFEN nº 358/2009.
http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs
- 7) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf>

8) Parecer Técnico COREN-PE nº 041/2016.

http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016_8124.html

9) Parecer Técnico nº 47/2015. COREN-SE.

http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-472015_8196.html

10) Parecer Técnico COREN-DF 24/2011.

<https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-242011/>

11) Resolução COFEN nº 186/1995.

http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html

12) Resolução CFM nº 1.668 de 07/05/2003. *“Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência”.*

13) Atenção Domiciliar na Atenção primária à Saúde.

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf

Caderno de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa. A segurança do hospital no conforto da sua casa. Ministério da Saúde. 2013.

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

14) Parecer COREN/GO nº 044/CTAP/2020. Assunto: Procedimento de aspiração de traqueostomia por cuidador em ambiente domiciliar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

17) Luiza Watanabe Dal Bem, Raquel Rapone Gaidiznski. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária - Artigos de Revisão. Acta paul. Enferm. 19 (1). Março 2006.

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100016>

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

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

19) Escala de HOEHN E YAHR modificada.

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

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

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

21) Velhice não é Doença. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

[https://sbgg.org.br/em-documento-as-autoridades-comlat-propoe-que-atualizacao-do-cid-11-seja-](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.)

[reavaliada/#:~:text=Os%20c%C3%B3digos%20MB%2044.3%20.,de%20reflexos%20posturais%20e%20automatismos.](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) Diretrizes da Atenção Domiciliar. Prefeitura de Belo Horizonte. 2022.

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-3-11-2022.pdf>

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

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

24) Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar no DF. 2023

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo_de_Oxigenoterapia_Domiciliar_no_DF+%281%29.pdf/7f693dfe-4559-3099-7e73-6b2743637c4f?t=1680088468936

25) Protocolo do Programa de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (01/2017). Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo.

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/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.br/fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAdade-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%BAdade.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://bvsmms.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://bvsmms.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

60) Nota Técnica Conjunta 01/2022 Atenção Domiciliar – Orientações aos Gestores Municipais.

<https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202204/13134148-nota-tecnica-conjunta-01-2022-atencao-domiciliar.pdf>

61) Modalidades de Atenção Domiciliar. Ministério da Saúde.

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

domiciliar/modalidades

62) A Classificação do atendimento domiciliar no SUS: AD1, AD2 e AD3 e a organização da rede de atendimento à saúde.

Ciências da Saúde, Volume 29 – Edição 149/AGO 2025 / 20/08/2025.

Rafaelly Gomes Vieira; Viviane Vieira; Cesar Airton Schwingel; Geiciely Cavanha Tomim; Adriane de Souza Fengler; Leonardo Bueno Pona; Nelson Trindade; Pedro Ferreira Reis.

DOI: 10.69849/revistaft/ni10202508202149

<https://revistaft.com.br/a-classificacao-do-atendimento-domiciliar-no-sus-ad1-ad2-e-ad3-e-a-organizacao-da-rede-de-atendimento-a-saude/>

63) Relatório de recomendação N. 671. CONITEC. Outubro/2021. Sonda botton para gastrostomia em crianças e adolescentes.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20211110_relatorio_671_sonda_botton_crianças.pdf)

[br/midias/relatorios/2021/20211110_relatorio_671_sonda_botton_crianças.pdf/@@display-file/file](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2021/20211110_relatorio_671_sonda_botton_crianças.pdf)

V – DATA:

31/07/2026

NATJUS – TJMG