

**Data: 04/05/2015**

**Resposta Técnica 08/2015**

**Solicitante: Dr. Tenório Silva Santos - Juiz de Direito em substituição  
Comarca de Presidente Olegário - MG**

**Wender Charles - Assessor Jurídico Comarca de Presidente Olegário/MG  
(Matrícula F 023991-3).**

**Processo: 0534 15 000996-5**

**Ré: IPSEMG – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS**

**Tema: Cuidados domiciliares (*home care*) em paciente com doença  
dismelinizante acamada.**

**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 V. Sa. as informações técnicas a seguir, relativamente ao objeto dos autos supra mencionados, que tramitam na Vara Única da Comarca de Presidente Olegário, tendo por pretensão o fornecimento do tratamento home care para a autora, acometida, em tese, por MIELITE SUBAGUDA com nível sensitivo até T12, encontrando-se paraplégica com este nível sensitivo além de bexiga e intestino neurogênico.

- a) O tratamento home care é aprovado pela ANVISA?
- b) É indicado para o tratamento da doença no seu estágio apontado nos relatórios anexos?
- c) Existe algum outro tratamento que possa substituí-lo, com menor ônus para

o plano de saúde contratado?

d) 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.

## **RELATÓRIO MÉDICO**



## RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que a paciente **Dalci Alves de Paula Frois**, 53 anos, iniciou quadro em setembro de 2014 de parestesia de membro inferior esquerdo. Foi internada e evoluiu com parestesia também do membro contra-lateral, de forma ascendente e paraparesia de evolução não ascendente, além de retenção vesical e constipação intestinal.

Foi submetida a exame de ressonância magnética da medula, que revelou lesão inespecífica em nível de T9 (neuroesquistossomose? Glioma?).

Foi iniciado profilaxia para TVP e TEP, Albendazol e Pulsoterapia com Metilprednisolona. Porém a mesma não apresentou recuperação, apresentando seqüela de paraplegia espástica e alteração esfíncteriana.

Foi realizado biópsia da lesão medular (T8-T9) onde demonstrou quadro histológico sugestivo de placa aguda de desmielinização (doença desmielinizante)

OBS: exame do liquor sem alterações.

Desta forma apresentou diagnóstico de Mielite Subaguda, com nível sensitivo até T12. No momento encontra-se paraplégica com este nível sensitivo além de bexiga e intestino neurogênico. Estudo urodinâmico demonstrou acontratilidade detrusora e volume residual total.

Paciente recebeu alta no dia 24 de janeiro de 2015 com proposta de iniciar tratamento com droga imunomoduladora para esclerose múltipla.

Devido às complicações ditas aqui oriento e solicito que a paciente necessita de sondagem vesical intermitente, fisioterapia motora, acompanhamento psicológico e medidas de apoio gerais.

Atenciosamente

Dr Wesley L. Costa Junior

CRM-MG-60.758

07 de Março de 2015

## CONCLUSÃO/RESPOSTAS

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

Resposta: Sim<sup>i</sup>. Link anexo.

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

Resposta: Sim. Conforme descrito na prescrição médica a paciente necessita de cuidados domiciliares prolongados. É importante ressaltar que o cuidado domiciliar para pacientes que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo é complexo e oneroso.

### c) Existe algum outro tratamento que possa substituí-lo, com menor ônus para o plano de saúde contratado?

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.

## SUS

No **SUS**, há financiamento para os municípios realizarem este acompanhamento domiciliar, conforme a PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013 Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>ii</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

---

i

[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5da53980486d15a99926992bd5b3ccf0/Nota\\_T%C3%A9cnica\\_Aten%C3%A7%C3%A3o\\_Domiciliar\\_Final+ 2 .pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/5da53980486d15a99926992bd5b3ccf0/Nota_T%C3%A9cnica_Aten%C3%A7%C3%A3o_Domiciliar_Final+2_.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em 04/05/15.

<sup>ii</sup> [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html). Acesso em 04/05/15.

prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde;

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. A Atenção Domiciliar

tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, com propósito de redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

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.

#### Despesa mensal com insumos para cuidados da paciente.

Esta despesa, como descrito na solicitação, é para cobrir necessidade dos cuidados com a paciente.

Cabe ao município **prover os recursos técnicos** para suprir as necessidades de cuidados da paciente, sempre de acordo com as melhores evidências para utilização racional:

- 1 – Profissionais de saúde: o município deve organizar o processo de trabalho dos profissionais da rede para acompanhamento da paciente;
- 2 – Estes profissionais no exercício do cuidado da paciente definirão a necessidade dos insumos.
- 3 - Medicamentos necessários: há uma extensa lista de medicamentos essenciais (RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), disponibilizados no município, que de acordo com a necessidade, podem ser dispensados para a paciente;

Fralda descartável – PORTARIA Nº 184, DE 3 DE FEVEREIRO DE 2011

Há previsão de subsídio, pelo SUS, de fraldas descartáveis para pacientes com incontinência urinária, através do programa de farmácias populares. Ver em anexo.

## **Projeto de Implantação da Atenção Domiciliar**

### **SES-MG<sup>iii</sup>**

Podem aderir a essa política os municípios com população acima de 20.000 habitantes ou conjunto de municípios que conformarem uma população mínima de 20.000 habitantes. No primeiro caso os municípios devem encaminhar o projeto de implantação da AD direto ao Ministério da Saúde (MS) para análise e parecer técnico. E no caso dos municípios agrupados, para ter o serviço credenciado, os mesmos precisam submeter o projeto (modelo em anexo) para aprovação do Conselho Municipal de Saúde e seguir o fluxo definido na resolução estadual. Após habilitação pelo MS, o município deve cadastrar os profissionais e estabelecimento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

## **COBERTURA PELA SAÚDE SUPLEMENTAR**

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

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

---

iii

[file:///C:/Documents%20and%20Settings/planej\\_jose/Meus%20documentos/Downloads/resolu%C3%A7%C3%A3o\\_3875.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/planej_jose/Meus%20documentos/Downloads/resolu%C3%A7%C3%A3o_3875.pdf)

iv 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\\_assunto/ProdEditorialANS\\_Rol\\_de\\_Procedimentos\\_e\\_eventos\\_em\\_saude\\_2014.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Rol_de_Procedimentos_e_eventos_em_saude_2014.pdf); acesso em 04/05/2015

artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998. (Alterado pelo RN nº 349<sup>v</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.

**d) Tecer outras considerações que julgar necessárias, tendo em vista os elementos essenciais de informação contidos na inicial e nos relatórios médicos.**

Uma **doença desmielinizante** é qualquer doença no cérebro ou na medula na qual ocorra uma alteração do tipo inflamação na bainha de mielina dos nervos – daí o termo desmielinização. Esta inflamação da mielina pode ser secundária a outra causa (por exemplo, uma vacina ou uma infecção), ou primariamente auto-imune, e prejudica a condução de sinais nos nervos afetados, causando sintomas na sensação, nos movimentos, cognição e outras funções, dependendo dos nervos ou áreas envolvidas.

O termo descreve o substrato anatômico, ou seja, onde está ocorrendo a doença. Em relação às possíveis causas, as doenças desmielinizantes podem ocorrer em doenças genéticas, por reações após uso de vacinas, por agentes infecciosos, por reações autoimunes próprias do indivíduo, e outras por fatores desconhecidos.

Dentre as doenças desmielinizantes, a principal e mais conhecida é a esclerose múltipla, que acomete frequentemente adultos jovens, e atualmente tem o seu diagnóstico e tratamento bastante efetivos.

---

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

## **CONCLUSÃO**

Não se trata propriamente de avaliação de tecnologia em saúde. Pelo quadro sumariamente descrito, as intervenções pleiteadas parecem pertinentes.

A solicitação via judicial recai, provavelmente, em cláusula contratual de cobertura da chamada “internação domiciliar”.

Não temos informações sobre especificidades contratuais dessa paciente. Mas de modo geral, a ANS não prevê, como cobertura mínima obrigatória, a internação domiciliar.

O tipo de assistência demandado seria de cobertura obrigatória caso a paciente estivesse internada, onde a proximidade de vários pacientes otimiza os custos dos diversos profissionais pleiteados.

A assistência domiciliar, com manutenção de enfermagem dedicada e exclusiva não é contemplada como obrigatória pela ANS.

Os custos altos dessa assistência, em ambiente de mutualismo, como é a saúde suplementar, em que todos pagam para que possam eventualmente utilizar os serviços de saúde, extrapolariam o previsto no cálculo atuarial para rateio entre os usuários.