

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Instância

COMARCA: Não informada

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005319

IDADE: 83 anos

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G20, F03,

PEDIDO DA AÇÃO: *Home Care*

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Assistência multidisciplinar domiciliar contínua a paciente idoso restrito ao leito, para realização de cuidados à paciente com dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades da vida diária, além da disponibilização de insumos (cama hospitalar com colchão pneumático, cadeira de banho, aspirador de secreções orofaringe, medidor de pressão arterial e saturação), medicamentos diversos, dieta enteral industrializada e fraldas geriátricas.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Qual o real quadro de saúde do paciente (nível de gravidade)? **R.: Trata-se de paciente idoso, acamado, com significativa fragilidade e dependência total e permanente de terceiros, para realização de todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária.**

Pelos documentos acostados é possível constatar que ele necessita do tratamento de Home Care, entendido como substituição à internação hospitalar? **R.: Conforme a documentação apresentada, o paciente tem indicação de serviço *Home Care* na modalidade de ASSISTÊNCIA DOMICILIAR por tempo indeterminado, para cuidados básicos de suporte à vida. O paciente não tem indicação de internação domiciliar por tempo indeterminado.**

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.

Considerando o Parecer Técnico Nº 29/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018, o Parecer Técnico Nº 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019 e as diretrizes de utilização previstas na RN nº 465/2021, no que se refere as **coberturas mínimas obrigatórias / fornecimento de medicamentos e insumos** para tratamento domiciliar de doença crônica, não há previsão de obrigatoriedade de cobertura / fornecimento contínuo e por tempo indeterminado de medicamentos para uso ambulatorial domiciliar.

A obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, está prevista apenas para o tratamento oncológico domiciliar, e o fornecimento de medicamentos prescritos durante o período de internação domiciliar, caso o oferecimento de internação domiciliar conste em aditivo contratual acordado ou quando, por livre iniciativa, a operadora oferecer a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar (art. 12, inciso II, alíneas “d” e “g”, da Lei n.º 9.656/1998, c/c art. 13, da RN n.º 465/2021).

Existe um risco de morte caso o paciente não receba esse tipo de tratamento?

R.: O quadro do paciente exige cuidados básicos em caráter permanente.

A definição do tipo de tratamento, se hospitalar ou domiciliar, executado por profissional da saúde e/ou por cuidador, dependerá da evolução do paciente em cada momento (períodos de agudização e estabilização). Portanto, o plano de atenção domiciliar e as avaliações seriadas, é que permitirão definir qual o tipo / modalidade de tratamento mais adequado a cada momento clínico.

Apesar das morbidades e significativa fragilidade apresentada pelo paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. Os cuidados básicos de suporte de vida que o paciente necessita, são compatíveis com a realização por um cuidador.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idoso, acamado, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, Doença de Parkinson, quadro demencial avançado, refluxo gastroesofágico e Síndrome de Imobilidade, totalmente dependente de terceiros para todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Consta que o paciente está em tratamento poli farmacológico, em ventilação espontânea em ar ambiente, recebendo dieta exclusiva pela sonda através de gastrostomia, e eliminações fisiológicas através do uso de fraldas.

Foi indicado / solicitado serviço *Home Care* / acompanhamento multidisciplinar domiciliar contínuo por tempo indeterminado, através da modalidade de assistência domiciliar, para dar suporte em fase terminal de vida, vide relatório do médico assistente – CRMMG 40968, datado de 10/06/2022.

Consta tabela de avaliação de complexidade assistencial (ABEMID), datada de 17/01/2023, com nota de classificação total = 4 (< 7, não elegível para internação domiciliar).

Consta resultado de tabela de avaliação para planejamento de atenção domiciliar, datada de 18/01/2023, com score KATZ = 0 (< 2, dependente total), e pontuação final = 9 (6 – 11 considerar atendimento domiciliar multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos).

*“O **processo de envelhecimento** é um fenômeno fisiológico normal e nunca deve ser confundido com patológico” (Tratado de Medicina Geriátrica. (2015) Pedro Abizanda Soler y Rodríguez Mañas Leocadio. Pag 98. Elsevier Barcelona)”.²²*

“O envelhecimento não é um fenômeno linear, mas um processo simples e individual, onde a relação com o tempo é vivenciada de forma diferenciada, de acordo com o maior ou menor grau de deterioração orgânica. (Beauvoir, Simone de. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990)”.²²

“Em todo o mundo, a maior expectativa de vida favorece o aumento do número de pessoas com demência. Recentemente, a demência passou a ser

denominada pelo *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V)*, como *Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM)* (*American Psychiatric Association, 2014*). Por ser uma entidade nosológica reconhecida mundialmente ainda como demência, optamos por manter essa expressão ao longo deste artigo. Em 2015, aproximadamente 46,8 milhões de pessoas foram diagnosticadas com demência, e em 2050 esse número poderá atingir 131,5 milhões (*Alzheimer's Disease International, 2016*).²⁷

A demência é uma síndrome causada por várias doenças de curso lento, progressivo, evolutivo e de natureza crônica, sendo que o subtipo Doença de Alzheimer (DA) corresponde à maior parte dos casos diagnosticados (Burlá, 2015).²⁷

“A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que 1% da população do mundo acima de 65 anos seja acometida pela Doença de Parkinson (DP). A DP é considerada o segundo distúrbio neurodegenerativo mais comum, afetando cerca de 7,5 milhões de pessoas. Estima-se que para 2030 a porcentagem aumente para 9 milhões de casos, podendo influenciar negativamente no setor econômico, previdenciário, social e de saúde”.¹⁸

“A progressão da DP é variável para cada paciente e de acordo com a Escala de Avaliação de Progressão da Doença – Hoehn & Yahr (H&Y – Degree of Disability Scale) a DP apresenta cinco estágios. Nos estágios I, II e III os indivíduos apresentam sintomas de leve a moderado e, nos estágios IV e V, os sintomas são graves. Um estudo feito por Johnell et al., mostrou que com o avançar da doença, a diminuição da independência e a perda da autonomia tendem a se intensificar devido ao aumento da gravidade dos sintomas”.¹⁸

“Além disso, com os sintomas típicos acentuados da DP, o indivíduo passa a desenvolver um comportamento sedentário que gera um círculo vicioso de aumento de comorbidades, de dependência física e psicológica, além dos efeitos colaterais advindos dos medicamentos. Como resultado, a aptidão física dos pacientes com DP fica comprometida, levando a um espiral negativo de fadiga, dor e redução da mobilidade, dificuldade para andar, vestir roupa, tomar banho e alimentar-se”.¹⁸

“Esta interação negativa entre as deficiências das estruturas e funções do corpo, limitações de atividades e restrições na participação conceitua-se como incapacidade, de acordo com o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Quanto menor a aptidão física de uma pessoa, maior é a sua dependência e mais baixo é o seu nível de atividade física. Logo, há uma maior chance de risco de quedas e fraturas e menor à sobrevivida. Por outro lado, níveis mais elevados de atividade física correlacionam-se com uma melhor aptidão física, como maior capacidade e desempenho de atividades diárias, permanecendo pessoas mais ativas na comunidade”.¹⁸

“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

“Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Desta forma, a presença do cuidador nos lares têm sido mais frequente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. Cabe ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares”.⁴

*“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 termo **Home Care - Atenção Domiciliar** (AD) configura-se em uma 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 pública e/ou privada. Tem como principais usuários, pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária.

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

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

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

O COREN do Estado de Sergipe, a partir da Resolução do COFEN nº 186/1995 e do Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, emitiu

Parecer Técnico nº 47/2015, o qual traz informações sobre as atribuições que são exclusivas da equipe de enfermagem, e quais podem ser delegadas aos cuidadores leigos, no que tange aos cuidados domiciliares do paciente acamado.

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

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

Os cuidados de aspiração de orofaringe, podem ser realizados por um cuidador treinado. O Cuidador que atua no contexto da Atenção Domiciliar conforme Portaria GM nº 963 do Ministério da Saúde, deve ser capacitado dentro de um programa de educação continuada, baseado em Procedimentos Operacionais Padrão e protocolos da instituição prestadora de cuidados domiciliar com o objetivo de melhorar o bem-estar e a segurança do paciente crônico.¹⁴

É necessário a manutenção de uma forma fácil de contato do cuidador com a equipe durante o período da assistência, para esclarecer possíveis dúvidas e solicitar visitas adicionais. O enfermeiro deve supervisionar o

cuidador familiar para verificar se ele está executando de forma adequada o procedimento de aspiração.¹⁴

O papel do cuidador pode variar de acordo com as necessidades específicas do 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 pessoal, alimentação, administração de medicamentos, acompanhamento em consultas médicas, entre outros.

Apesar das morbididades e significativa fragilidade apresentada pelo paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional de enfermagem 24 horas/dia no domicílio.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, e a *condição clínica descrita para o paciente, o mesmo tem indicação de prestação de serviço de atenção domiciliar ambulatorial na **modalidade de assistência domiciliar multiprofissional**.*

A elegibilidade e imprescindibilidade de internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos de necessidade de execução de cuidados / procedimentos **exclusivos** de profissionais habilitados, e também depende que a condição clínica do paciente permita, seja compatível com a execução desses cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD são os mais utilizados. O paciente em tela não preenche os requisitos para indicação de internação domiciliar.

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.

Com a evolução / progressão do quadro apresentado pelo paciente, ocorrendo períodos de agudização com alteração / flutuações da condição clínica descrita, o plano de atenção domiciliar (PAD) deverá ser revisto e ajustado. A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar intermitente, tem a finalidade de suprir a necessidade de atendimento especializado no domicílio de paciente dependente e de baixa mobilidade ou impossibilidade física de locomoção até um estabelecimento de saúde. A assistência *Home Care* na modalidade de assistência e/ou internação domiciliar, não visam suprir a carência da figura do cuidador e de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do 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. A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado.

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 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.*

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 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 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)”¹⁵

“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)".¹⁵

“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)".¹⁵

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 Atenção Domiciliar 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.

Os serviços de atenção domiciliar também estão previstos pela ANS. O Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS, diz que 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.

O fornecimento de fraldas geriátricas foi incluído no SUS através da Portaria GM/MS nº 2.898, de 03 de novembro de 2021. O Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular, tem por objetivo disponibilizar à população, por meio da rede privada de farmácias e drogarias, os medicamentos do componente básico de assistência farmacêutica previamente definidos pelo Ministério da Saúde (RENAME) e as fraldas geriátricas.

A dispensação gratuita das fraldas está prevista aos idosos e às pessoas com deficiência. Para a obtenção deste benefício o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda, no qual também conste, a hipótese de paciente com deficiência, e sua respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID).

É importante destacar que o programa não prevê definição de marca, já que não existe embasamento técnico para tal especificação. Está previsto o fornecimento de até 4 fraldas por dia, o que totaliza 120 fraldas por mês. Não foram apresentados elementos técnicos que indiquem a necessidade de fornecimento de quantidade acima da prevista na rede pública = 120

unidades/mês, quatro trocas por dia.

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

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

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

No SUS, dietas e suplementos não são classificados como medicamentos, assim, não existe 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. Existem diretrizes regulatórias loco-regionais, como em Belo Horizonte, construídas para regulamentar a disponibilização de dieta industrializada.

No caso em tela, não existem justificativas científicas ou contra-indicações para uso de dieta artesanal pelo paciente, já que a luz dos

conhecimentos atuais não há benefícios nutricionais do uso de dietas / suplementos industrializados em substituição a dieta / suplementos artesanais, e tão pouco recomendações das sociedades nacionais e internacionais de evidências para seu uso.

A **cama/colchão hospitalar** é uma tecnologia especificamente concebida para a assistência de pacientes ou pessoas que precisam de algum tipo de cuidados com a saúde. A cama hospitalar tem uma série de características, tanto para o conforto e bem-estar do paciente quanto para a conveniência dos profissionais de saúde.

A cama hospitalar manual, por exemplo, tem características comuns que são a regulagem de elevação de dorso e a elevação dos pés que é feito por manivelas instaladas na parte da peseira da cama podendo assim o auxiliar de saúde regular o paciente na melhor posição possível para o paciente. Levantar a cabeça (conhecido como posição de Fowler) pode proporcionar alguns benefícios para o paciente, o pessoal, ou ambos. A posição do Fowler é usada para sentar o paciente em posição vertical para alimentação ou outras atividades, ou em alguns pacientes, pode facilitar a respiração, ou pode ser benéfica para o paciente por outras razões. Elevando os pés pode ajudar a facilidade de movimento do paciente em direção à cabeceira da cama e também pode ser necessário para certas condições. Elas podem ser manuais e motorizadas/elétricas.

Cama e colchão hospitalar não são contemplados na tabela SIGTAP, portanto não são fornecidos pelo SUS.

O fornecimento de cama e colchão hospitalar, também não estão contemplados no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, exceto, quando da internação domiciliar em substituição à internação hospitalar. Portanto, não há previsão de fornecimento pela saúde suplementar. Cumpre assinalar que a Lei nº 9.656/1998 não inclui a Atenção Domiciliar entre as coberturas obrigatórias. Para uso domiciliar, a lei garante o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector (art. 10-B).²

Conforme a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, não há uma previsão expressa para o fornecimento obrigatório de equipamentos para a assistência domiciliar. A resolução diz que a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) deve elaborar o plano de atenção domiciliar (PAD), e que o SAD, conforme definido no PAD, deve prover os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

Aspirador de secreções orofaríngeas, medidor de pressão arterial e saturação: Conforme a documentação apresentada, o paciente tem indicação de aspiração de orofaringe, na frequência diária que o PAD definir. Portanto, é necessária a disponibilização de aparelho para realização da aspiração indicada. Quanto ao fornecimento de aparelho para medição da pressão arterial e saturação (oximetria de pulso), o fornecimento desses instrumentos, está condicionado à modalidade de assistência Home Care na modalidade de internação domiciliar, situação em que esses instrumentos de aferição, são disponibilizados para uso pelos profissionais de saúde. No caso concreto, como não está indicada a modalidade de assistência sob regime de internação domiciliar, não há previsão / obrigação de fornecimentos dos respectivos instrumentos.

Considerando todos os elementos técnicos apresentados, o quadro clínico evolutivo avançado do paciente, indica a necessidade de prestação de serviço *Home Care*, na modalidade de assistência multidisciplinar domiciliar contínua por tempo indeterminado, com a participação dos profissionais de saúde em conformidade com as exigências de cada momento clínico. É recomendável a elaboração e revisão periódica de um plano de atenção domiciliar (PAD) para o paciente, com a definição / especificação da frequência das visitas domiciliares dos profissionais envolvidos (por exemplo: médico, enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, etc).

Não foi identificado na documentação médica apresentada, nenhum cuidado / procedimento que exija a disponibilização de profissional de enfermagem para a sua realização. Todos os cuidados descritos / prescritos

para o paciente e que subsidiaram à solicitação, são atribuições previstas e compatíveis com as atribuições do cuidador treinado (com ou sem vínculo familiar).

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

5) Resolução COFEN nº 186/1995.

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

6) Resolução COFEN nº 358/2009.

[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-](http://www.cofen.gov.br/resoluo-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)

[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](http://www.cofen.gov.br/resoluo-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) 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>

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) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013

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) Cuidados com Aspiração de Secreções de Vias Aéreas. Procedimento Operacional Padrão, versão 2.

http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/OXIGENACA O/CUIDADOS_ASP_SECRECOES.pdf

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) Aptidão Física e Doença de Parkinson nos Estágios Avançados: Revisão Sistemática. Dornelas L. de F., Borges KVC, Dantas DC. Aptidão física e Doença de Parkinson nos estágios avançados: revisão sistemática. Rev. Contexto & Saúde, 2023;23(47):e13424.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.13424>

19) Escala de HOEHN E YAHR modificada.

<https://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocesarinando/AVALIACAO%20FISIOTER>

APEUTICA%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modifica da.pdf

20) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar. <https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>

21) Qualidade de vida e o estágio de comprometimento em sujeitos com doença de Parkinson. Cinergis, Santa Cruz do Sul, 18(2):104-108, abr./jun. 2017 ISSN: 2177-4005. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i2.8527>

22) Velhice não é Doença. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). <https://sbgg.org.br/em-documento-as-autoridades-comlat-propoe-que-atualizacao-do-cid-11-seja-reavaliada/#:~:text=Os%20c%C3%B3digos%20MB%2044.3%20.,de%20reflexos%20pостurais%20e%20automatismos.>

23) Guia. Diretrizes da Atenção Domiciliar. Prefeitura de Belo Horizonte. 2022. <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-22-09-2022.pdf>

24) Atenção Domiciliar no SUS. Resultados do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao_domiciliar_sus.pdf

25) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Alzheimer, Portaria Conjunta SAS/MS nº 13 de 28 de novembro de 2017.

26) Diagnóstico do Paciente com Doença de Alzheimer: Uma Revisão Sistemática de Literatura. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol.30,n.1,pp.47-50 (Mar – Mai 2020).

27) Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. Psicologia USP, 2020, volume 31, e180023.

28) Monitoring compliance with Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Alzheimer's disease. Dement Neuropsychol 2020 March;14(1):24-27.

<https://www.scielo.br/j/dn/a/yndLJghfWtCqdfhWMLkzpnK/?lang=en&format=pdf>

29) Portaria Nº 937, de 7 de Abril de 2017. Altera a Portaria nº 111/GM/MS, de 28 de janeiro de 2016. Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), para ampliar a cobertura de fraldas geriátricas às pessoas com deficiência. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0937_10_04_2017.html.

30) Parecer Técnico NAT nº 4512/2021. NATJUS TJMS.

31) Manual de Atenção Domiciliar. Associação Nacional de Hospitais Privados. Núcleo

Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar.

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2022/12/Manual_de_Atendimento_Domiciliar_versaofinal.pdf

32) Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar. NEAD

chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-FINAL-SITE.pdf

33) Tabela de avaliação para internação domiciliar – NEAD. Secretaria Integrada de Saúde. Senado Federal.

chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.senado.leg.br/transparencia/SECRH/BASF/Anexo/A_02_2014_1005852.pdf

34) RENAME 2022.

V – DATA:

27/05/2024

NATJUS – TJMG