

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível, Criminal e de Execuções Penais

COMARCA: Carangola

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005925

IDADE: 80 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): J96.1, I10, M06

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care, cadeira de rodas e de banho, dieta industrializada Nutrên Senior, fraldas geriátricas, fonte de oxigenioterapia, medicamentos diversos e insumos.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Assistência domiciliar por tempo indeterminado, com disponibilização de profissional de técnico em enfermagem 24 horas/dia, para realização de cuidados à paciente com dependência do auxílio de terceiros para realização das atividades básicas da vida diária.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1) O procedimento pleiteado faz parte de rol da ANS? **R.: Os serviços de atenção domiciliar 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.**

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 suplementação de oxigênio e dos medicamentos requeridos, para uso ambulatorial domiciliar para tratamento farmacológico das doenças apresentadas pela paciente.

A obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, está prevista apenas para o tratamento oncológico domiciliar, e o fornecimento temporário 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).

2) Há demonstração da eficácia terapêutica à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico? **R.: O quadro crônico agudizado apresentado pela paciente, é compatível com *Home Care* na modalidade de assistência domiciliar (conjunto de atividades multidisciplinares intermitentes de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio).**

Considerando a idade, a limitação parcial da mobilidade e a dependência de suplementação de oxigênio através de concentrador ou cilindro de oxigênio), a paciente se beneficiará do atendimento multidisciplinar domiciliar nas especialidades de (enfermagem, fisioterapia respiratória e motora, nutricionista, psicologia, medicina). A assistência ambulatorial intermitente realizada no domicílio, evita a necessidade de deslocamentos frequentes, refletindo em melhora da qualidade de vida da paciente.

Não há indicação de *Home Care* na modalidade de internação domiciliar por tempo indeterminado, como prescrito e requerido. A prestação do serviço de *Home Care*, em qualquer uma de suas modalidades, não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para os cuidados contínuos da paciente.

3) A partir dos elementos constantes dos autos, há evidência da necessidade do tratamento em questão, inclusive dos insumos? **R.: Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.**

4) Outras informações consideradas úteis na análise jurídica do caso, inclusive quanto à imprescindibilidade e urgência da medida. **R.: Considerando os**

elementos técnicos apresentados, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados domiciliares exclusivos de profissionais da saúde para a realização dos cuidados básicos da vida diária que a paciente necessita de auxílio, tais como: higiene e vestuário, alimentação, medicação, estímulo e apoio para alternância de postura, entre outros. Todos os cuidados são compatíveis com a realização por um cuidador treinado.

O plano de atenção domiciliar e as avaliações seriadas dos profissionais da saúde, permitirão definir a composição e a frequência da assistência domiciliar intermitente de cada profissional ao longo do tempo, verificando a necessidade ou não de modificação da modalidade de assistência, em conformidade com a evolução de cada momento clínico (estabilização / agudização) da paciente.

Não foram apresentados / identificados sinais e/ou sintomas que caracterizem situação de urgência / emergência médica, conforme critérios técnicos estabelecidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM). Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idosa com diagnóstico de bronquiectasias com evolução de 17 anos, atualmente dependente de suplementação contínua de oxigenioterapia através de cateter nasal a 5 L/minuto (concentrador ou cilindro de oxigênio) Apresenta também diagnóstico de artrite reumatoide, hipertensão arterial sistêmica e transtorno ansioso/depressivo.

Considerando a limitação parcial da paciente para a realização das atividades básicas da vida diária, foi solicitada assistência *Home Care* por tempo indeterminado, além do fornecimento de insumos e medicamentos de uso ambulatorial pela via oral e inalatória.

Home Care - Atenção Domiciliar - “*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, 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.

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.

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.

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.

Apesar das morbidades, da dependência de suplementação de oxigênio e da limitação parcial apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. A modalidade de assistência domiciliar é compatível com o quadro apresentado pela paciente. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua do profissional técnico de enfermagem 24 horas/dia por tempo indeterminado (situação que caracteriza internação domiciliar).

A elegibilidade para a 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, isto é, seja compatível com a execução temporária dos cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD são os mais utilizados.

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. Não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais com disponibilização de profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem por período integral (24 horas/dia) por tempo indeterminado.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional ambulatorial / domiciliar intermitente, tem por finalidade suprir a necessidade de atendimento especializado no domicílio a longo prazo, para paciente crônico, frágil e de baixa mobilidade. A internação domiciliar, assim como a internação hospitalar, não são modalidades de assistência / cuidado contínuo, prescritos por tempo indeterminado, e não visam suprir carência de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do paciente.

Com a evolução / progressão do quadro, e ocorrendo períodos de agudização com alteração / flutuações da condição clínica da paciente, o plano de atenção domiciliar (PAD) deverá ser revisto e ajustado.

Havendo alteração da situação clínica descrita nos relatórios apresentados, com instalação de necessidade de internação, e sendo possível / preferível a instituição de internação domiciliar, essa modalidade assistencial por si só, prevê a realização de cuidados especializados que são exclusivos de profissionais de saúde habilitados, os quais não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo, durante o período de indicação da internação domiciliar, mas que podem ser executados por esses profissionais fora do

ambiente hospitalar.

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.

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.

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.

Na documentação apresentada, não foi identificado nenhum cuidado / procedimento que exija a disponibilização de profissional de enfermagem para a sua realização. Todos os cuidados prescritos para a paciente, que subsidiaram às solicitações, são atribuições previstas para o cuidador treinado (com ou sem vínculo familiar).

A modalidade de assistência nos moldes em que foi requerida, configura solicitação / situação de internação domiciliar por tempo indeterminado. Internação domiciliar ou hospitalar, não são modalidades assistenciais / cuidado especializado prescritos por tempo indeterminado.

O acompanhamento e os cuidados 24 horas/dia indicados para a paciente, não demandam / exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional da enfermagem. Todos os cuidados e o acompanhamento diário prescritos, são atribuições compatíveis com a figura do cuidador treinado, que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte de uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar.

Considerando o caráter progressivo das morbidades apresentadas pela paciente, a limitação parcial da mobilidade / dificuldade para deslocamentos frequentes, e a dependência de suplementação de oxigênio, a prestação de assistência domiciliar multidisciplinar intermitente é modalidade assistencial preferível e compatível com o quadro apresentado, evitando deslocamentos frequentes, e refletindo em melhora da qualidade de vida para a paciente e seus familiares.

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. Não há previsão de obrigatoriedade de fornecimento de fraldas descartáveis para uso domiciliar pela saúde suplementar - ANS.

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 microbiológica 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 dieta artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar.

Dietas e suplementos não são classificados como medicamentos, assim, não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar pelo SUS e/ou saúde suplementar. 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.

Não há previsão de obrigatoriedade de fornecimento de dieta enteral industrializada para uso domiciliar, pelo SUS e/ou saúde suplementar - ANS.

No caso em tela, não foram apresentadas justificativas técnico-científicas de contra-indicações para uso de dieta artesanal pela 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.

O fornecimento de cadeira de rodas e de banho 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 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.

Oxigenioterapia: A bronquiectasia é uma doença pulmonar de longo prazo que ocorre quando há uma dilatação anormal e irreversível dos brônquios e maior acúmulo de muco. Vários são os fatores que podem desencadear a doença. Geralmente, está associada a inflamação nas vias aéreas e no parênquima pulmonar. A hipoxemia é definida quando a pressão arterial de oxigênio (PaO₂) encontra-se abaixo do limite inferior da normalidade; entretanto, isso não significa obrigatoriamente que haverá necessidade de suplementação de oxigênio.

Algumas doenças respiratórias crônicas podem evoluir com hipoxemia e, nessas situações, a oxigenoterapia domiciliar prolongada (ODP) está indicada como opção terapêutica com o objetivo principal de melhorar a qualidade e a expectativa de vida desses pacientes. O oxigênio domiciliar é usado há mais de 70 anos, e a ODP tem como base dois estudos da década de oitenta que demonstraram que o uso de oxigênio melhora a sobrevida de pacientes com DPOC. Existem evidências de que a ODP tem outros efeitos benéficos como melhora da função cognitiva e da capacidade de exercício e redução de hospitalizações. A ODP está indicada para outras doenças respiratórias que cursam com hipoxemia, segundo os mesmos critérios estabelecidos para a DPOC. Tem sido observado aumento no uso da ODP provavelmente pela maior expectativa de vida, maior prevalência de doenças respiratórias crônicas e maior disponibilidade de ODP no sistema de saúde.¹⁸

O uso de oxigênio está associado a um melhor desempenho nas atividades da vida diária, ao aumento da tolerância ao exercício e também ao aumento da sobrevida. Nos dias atuais a oxigenoterapia domiciliar por tempo prolongado é o tratamento mais eficaz para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia. A suplementação de oxigênio diminui o trabalho ventilatório, melhora o metabolismo orgânico, as funções

cardiovasculares e muscular sistêmica, o desempenho em testes neuropsicológicos, a capacidade de realização das atividades da vida diária, associa-se à melhora do sono, ao aumento do peso corporal e à redução do número de internações.

As indicações clássicas de oxigenoterapia domiciliar prolongada (oxigenoterapia de forma contínua por no mínimo 15h/dia) através de cateter nasal ou máscara em pacientes que preencham critérios técnicos específicos, seguem o Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2022).

Quadro 1. Indicações da oxigenoterapia domiciliar.*

Modalidade e parâmetros para indicação	
Premissas	<p>Evidências fortes baseadas nos estudos de DPOC e no uso > 15 h/dia</p> <p>Aumenta a sobrevida, melhora a hemodinâmica pulmonar, a qualidade de vida, a qualidade do sono e a cognição.</p> <p>Não reduz a frequência das exacerbações</p> <p>O uso por 24 h tem efeito adicional sobre a sobrevida em relação ao uso por 12-15 h</p> <p>Gratuito nos programas municipais e estaduais da rede do SUS</p> <p>Avaliar a indicação com o paciente estável, com o tratamento otimizado e $SpO_2 \leq 92\%$</p> <p>Confirmar a indicação através de gasometria arterial com o paciente em repouso, sentado e respirando ar ambiente</p> <p>Comprovar a correção da hipoxemia ($SpO_2 \geq 90-92\%$) e monitorar aumento da $PaCO_2$</p>
Indicações	<p>$PaO_2 \leq 55$ mmHg (7,3 kPa) ou $SpO_2 \leq 88\%$</p> <p>PaO_2, 56-59 mmHg (7,4-8,0 kPa) ou $SpO_2 \leq 89\%$ associada a HP, edema devido IC ou Ht > 55%</p>
Oxigenoterapia ambulatorial (exercícios e atividades físicas)	<p>$SpO_2 \leq 88\%$ durante atividade física e com melhora da tolerância ao exercício com o uso de oxigênio</p> <p>Ajuda a aumentar o número diário de horas de uso da oxigenoterapia</p> <p>Melhora a capacidade de exercício, mas há resultados controversos sobre a melhora da qualidade de vida</p> <p>Pode melhorar a duração e a intensidade do treinamento na reabilitação</p>
Oxigenoterapia noturna	<p>$SpO_2 \leq 90\%$ em $\geq 30\%$ do registro e evidência de HP ou eritrocitose (comprovar a melhora da SpO_2)</p> <p>Um estudo⁽¹⁵⁰⁾ não mostrou benefícios em pacientes sem critérios para oxigenoterapia domiciliar prolongada (baixo poder e adesão)</p>
Oxigenoterapia nas viagens aéreas (ver Quadro 9)	<p>Indicações: $SpO_2 < 92\%$ ou SpO_2 de 92-95% e $\leq 84\%$ no TC6 ou no TSHA</p>
Oxigenoterapia paliativa	<p>Em geral não há indicação para pacientes dispneicos com doença avançada e sem hipoxemia</p> <p>O efeito do oxigênio para alívio da dispneia é inferior ao dos opiáceos</p>

*Baseado em Hardinge et al.,⁽⁸⁾ Jacobs et al.,⁽²⁰⁾ González-Moro et al.,⁽²⁵⁾ Lacasse et al.,⁽¹⁵³⁾ e Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.⁽¹⁵⁴⁾ SUS: Sistema Único de Saúde; HP: hipertensão pulmonar; IC: insuficiência cardíaca; Ht: hematócrito; TC6: teste de caminhada de seis minutos; e TSHA: teste de simulação de hipóxia em altitude.

Fonte: Recomendações para oxigenoterapia domiciliar prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2022).

A CONITEC em 04/07/2012 recomendou a incorporação de oxigenoterapia domiciliar para o tratamento da DPOC (Doença Pulmonar

Obstrutiva Crônica), conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) elaborado pelo Ministério da Saúde. Os pacientes candidatos à oxigenoterapia domiciliar devem se encontrar clinicamente estáveis e com terapia farmacológica otimizada.²¹ ... *“Entretanto, o uso de ODP para outras doenças respiratórias que cursam com hipoxemia grave é baseado em uma extrapolação de dados relativos à DPOC, respaldados amplamente nos conhecimentos da fisiologia respiratória e respiração celular, que são idênticas independentemente da doença que causou a hipoxemia, assim como suas repercussões sistêmicas”*.¹⁸

Em nosso meio, o acesso à ODP - *oxigenoterapia domiciliar prolongada* é garantido pelas Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde (Leis Federais n. 8080/90 e n. 8142/90) que dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a garantia desse direito a todo cidadão.

Embora o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da DPOC, não contemple o tratamento da bronquiectasia, as indicações não se restringem à DPOC, mas abrangem todas as doenças causadoras de hipoxemia crônica grave. A bronquiectasia é uma condição progressiva que geralmente causa hipoxemia crônica grave, justificando a instituição de oxigenioterapia domiciliar prolongada. Por exemplo, o protocolo regional do Distrito Federal para oxigenioterapia domiciliar, contempla / inclui a condição / doença apresentada pela paciente.²⁴

Medicamentos: A obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, está prevista apenas para o tratamento oncológico domiciliar, e o fornecimento temporário 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).

O SUS disponibiliza alternativas farmacológicas protocolares através do componente básico e especializado de assistência farmacêutica, para o

tratamento das morbidades apresentadas pela paciente. Dos fármacos requeridos, estão incluídos / disponíveis na RENAME 2022 através do componente básico os seguintes fármacos: losartana, anlodipino, prednisona, salbutamol spray, dipropionato de beclometasona (apresentação isolada), brometo de ipratrópio. Estão disponíveis sob protocolo, através do componente especializado os seguintes fármacos: olanzapina, hidroxicloroquina, hidroxiureia, fumarato de formoterol (apresentação isolada).

Considerando todos os elementos técnicos apresentados, é possível afirmar que a prestação de serviço *Home Care* na modalidade de assistência multidisciplinar domiciliar intermitente por tempo indeterminado, com a participação dos profissionais de saúde em conformidade com as exigências de cada momento clínico, propiciará maior qualidade de vida para a paciente.

É recomendável a elaboração e revisão periódica de um plano de atenção domiciliar (PAD) para a paciente, com a definição / especificação da frequência das visitas domiciliares dos profissionais envolvidos (por exemplo: médico, enfermagem, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, etc).

Quanto ao fornecimento de equipamentos, medicamentos, dieta industrializada e demais insumos, a obrigatoriedade de fornecimento pela saúde suplementar é específica e restrita para a modalidade de internação domiciliar, enquanto essa perdurar, o que não é o caso da paciente em tela.

Na documentação apresentada, não foi identificado nenhum cuidado / procedimento que exija a disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia para a sua realização. Todos os cuidados descritos / prescritos para a paciente e que subsidiaram à solicitação, são atribuições previstas e compatíveis com as atribuições de um 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://bvsms.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-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias.
- 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) Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS N. 19, de 16 de novembro de 2021. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2022/portal-portaria-conjunta_no-19_2021_pcdt_dpoc_.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) 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/augustocesarinando/AVALIACAO%20FISIOTER>

APEUTICA%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modifica da.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) Portaria Nº - 29, de 25 de setembro de 2012. Torna pública a decisão de incorporar os medicamentos Budesonida, Beclometasona, Fenoterol, Salbutamol, Formoterol e Salmeterol; a Vacina contra Influenza; a Oxigenoterapia domiciliar e os Exames Diagnósticos para Deficiência de Alfa-1 Antitripsina para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Sistema Único de Saúde (SUS).

22) 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>

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>

V – DATA:

04/07/2024

NATJUS – TJMG