

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª vara

COMARCA: Cataguases

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0007431

IDADE: 78 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G30, I50

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care, suplementação oxigênio e medicamentos diversos.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação de cuidados básicos diários de suporte de vida para paciente idosa totalmente dependente de terceiros.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicita elaboração de nota técnica.

R.: A prestação do serviço de *Home Care* em qualquer uma de suas modalidades (assistência domiciliar multiprofissional ou internação domiciliar), não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para os cuidados do paciente. Não tem por finalidade substituir a figura do cuidador treinado.

Os cuidados básicos diários de suporte de vida que a paciente necessita (higiene e troca de fraldas, ministração de dieta e medicação através de sonda por gastrostomia, alternância de posturas / mudança de decúbito, entre outros), são atribuições pertinentes e compatíveis com a figura do cuidador treinado.

Considerando a significativa limitação da mobilidade (paciente idosa restrita ao leito) e o estágio avançado de suas morbididades; a paciente tem indicação de receber assistência domiciliar multiprofissional em conformidade com as necessidades de cada momento clínico da evolução do seu quadro.

A definição das especialidades envolvidas (ex. Visita médica, visita de enfermagem, fisioterapia respiratória e motora, nutricionista, entre

outros) e da frequência das visitas, deve ser estabelecida através de um plano de atenção domiciliar individualizado (PAD).

Quanto à disponibilização de medicamentos, o SUS possui protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da doença de Alzheimer e da Insuficiência Cardíaca com disponibilização de alternativas farmacológicas protocolares. O hemifumarato de quetiapina está disponível na RENAME 2024 através com componente especializado, para o tratamento da esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno afetivo bipolar do tipo 1. Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico do cloridrato de venlafaxina e coenzima Q10 + selênio + folato + zinco para o caso concreto.

Quanto à disponibilização de suplementação de oxigênio domiciliar, não foram apresentados elementos técnicos que possibilitem afirmar imprescindibilidade da suplementação requerida e que a paciente preenche critérios técnicos específicos em conformidade com o Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2022).

Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme no relatório apresentado que se trata de paciente idosa, restrita ao leito, que possui diagnóstico de insuficiência cardíaca e Doença de Alzheimer em estágio avançado, que apresenta dependência total para a realização das atividades básicas (alimentação por sonda através de gastrostomia, higiene pessoal, mudanças de decúbito, administração de medicamentos) e instrumentais da vida diária.

Foi solicitada a disponibilização de suplementação de oxigênio domiciliar em virtude da ocorrência de dispneia diurna e noturna, ora com secreção excessiva em suas vias aéreas. Consta que a paciente está em uso de cloridrato de venlafaxina, hemifumarato de quetiapina, coenzima Q10 + selênio + folato + zinco.

*“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

A Organização Mundial da Saúde destaca a importância do cuidado domiciliar como uma das respostas aos desafios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos que o mundo atravessa (Hermann, et al, 2018). O Brasil vem apresentando uma transição epidemiológica com mudança nas causas que produzem doenças, seguindo essa tendência mundial. Isso se deve a mudanças no estilo de vida da população em decorrência da urbanização e de um melhor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Desse modo, observa-se um aumento na demanda de Atenção Domiciliar (AD) com o envelhecimento da população e o desenvolvimento de tecnologias em saúde, que têm possibilitado maior taxa de sobrevivência das pessoas, além do atual contexto econômico e social.

“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 corresponde à maior parte dos casos diagnosticados (Burlá, 2015)".²⁷

Ainda não há tratamentos / medicamentos que curem ou mesmo impeçam a progressão da síndrome demencial. O tratamento é pautado em estratégias farmacológicas associadas ou não a estratégias não farmacológicas. Existem remédios com efeito sintomático que podem melhorar um pouco as condições de vida do doente.

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.

*“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

“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 técnico de uma equipe de atenção domiciliar, conforme definido na Portaria GM nº 963/2013 do Ministério da Saúde – Brasil.

O cuidador é a pessoa responsável pelas atividades da vida diária do paciente (alimentação, vestuário, banho, alternâncias de posturas, comodidade, lazer, etc.) e por receber treinamento da equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) para realização de outras atividades necessárias ao bem-estar do paciente. A família, ou o Cuidador deverá obrigatoriamente acompanhar o paciente nas remoções, sempre que necessitar de procedimentos ou assistência profissional fora do domicílio.

Home Care - Atenção Domiciliar: O termo *Home Care - Atenção Domiciliar* (AD), configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva e/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.

Apesar das morbidades e da fragilidade apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem.

O serviço Home Care na modalidade de assistência domiciliar é compatível com o quadro clínico apresentado por ela. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional de enfermagem por período integral e por tempo indeterminado, para a prestação dos cuidados da vida diária que a paciente necessita.

A elegibilidade para a internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos de necessidade de execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais da saúde habilitados, e também depende que a condição clínica do paciente permita, isto é, que seja compatível com a execução dos cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD (Núcleo de Empresas de Atenção Domiciliar) 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 Home Care / atenção domiciliar na **modalidade de assistência domiciliar***.

A prestação do serviço ambulatorial de assistência multiprofissional domiciliar, tem por finalidade suprir no domicílio a longo prazo, a necessidade de atendimento especializado para paciente 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, com instalação de necessidade temporária de internação, e sendo possível 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 pelos 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 (Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar) é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado.

A diferença entre as 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 multiprofissional e ao uso de equipamentos.

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 prevê 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)”. (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 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; além do que requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde.

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 de medicamentos, fraldas descartáveis e insumos.

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.³⁸

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).

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.³⁹ ... *“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”*.³⁸

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.⁴⁰

Quadro 1. Indicações da oxigenioterapia domiciliar.*

Modalidade e parâmetros para indicação
<p>Premissas</p> <ul style="list-style-type: none"> Evidências fortes baseadas nos estudos de DPOC e no uso > 15 h/dia Aumenta a sobrevida, melhora a hemodinâmica pulmonar, a qualidade de vida, a qualidade do sono e a cognição. Não reduz a frequência das exacerbações O uso por 24 h tem efeito adicional sobre a sobrevida em relação ao uso por 12-15 h Gratuito nos programas municipais e estaduais da rede do SUS Avaliar a indicação com o paciente estável, com o tratamento otimizado e $SpO_2 \leq 92\%$ Confirmar a indicação através de gasometria arterial com o paciente em repouso, sentado e respirando ar ambiente Comprovar a correção da hipoxemia ($SpO_2 \geq 90-92\%$) e monitorar aumento da $PaCO_2$ <p>Indicações</p> <ul style="list-style-type: none"> $PaO_2 \leq 55$ mmHg (7,3 kPa) ou $SpO_2 \leq 88\%$ 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>Oxigenioterapia ambulatorial (exercícios e atividades físicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> $SpO_2 \leq 88\%$ durante atividade física e com melhora da tolerância ao exercício com o uso de oxigênio Ajuda a aumentar o número diário de horas de uso da oxigenioterapia Melhora a capacidade de exercício, mas há resultados controversos sobre a melhora da qualidade de vida Pode melhorar a duração e a intensidade do treinamento na reabilitação
<p>Oxigenioterapia noturna</p> <ul style="list-style-type: none"> $SpO_2 \leq 90\%$ em $\geq 30\%$ do registro e evidência de HP ou eritrocitose (comprovar a melhora da SpO_2) Um estudo⁽¹⁵⁵⁾ não mostrou benefícios em pacientes sem critérios para oxigenioterapia domiciliar prolongada (baixo poder e adesão)
<p>Oxigenioterapia nas viagens aéreas (ver Quadro 9)</p> <p>Indicações: $SpO_2 < 92\%$ ou SpO_2 de 92-95% e $\leq 84\%$ no TC6 ou no TSHA</p>
<p>Oxigenioterapia paliativa</p> <ul style="list-style-type: none"> Em geral não há indicação para pacientes dispnéicos com doença avançada e sem hipoxemia O efeito do oxigênio para alívio da dispneia é inferior ao dos opiáceos

*Baseado em Hardinge et al.,⁽⁸⁾ Jacobs et al.,⁽²⁰⁾ González-Moro et al.,⁽²⁵⁾ Lacasse et al.,⁽¹⁵⁵⁾ e Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease.⁽¹⁵⁶⁾ 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 oxigenioterapia domiciliar prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2022).

Medicamentos: 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, o hemifumarato de quetiapina está disponível na RENAME 2024 através do componente especializado de assistência farmacêutica, para o tratamento farmacológico da esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno afetivo bipolar do tipo I. Quanto aos demais

medicamentos, não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico do cloridrato de venlafaxina, coenzima Q10 + selênio + folato + zinco para o caso concreto.

Fraldas geriátricas: o fornecimento de fraldas descartáveis **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.

Considerando o caráter progressivo da condição de adoecimento da paciente, a significativa restrição da mobilidade, a fragilidade e a dependência integral e permanente instaladas, a paciente tem indicação de acompanhamento e cuidados diários de um cuidador treinado. Os cuidados prescritos a paciente não exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional técnico em enfermagem.

O acompanhamento diário e todos os cuidados necessários a paciente 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 domiciliar intermitente é modalidade assistencial indicada para pacientes com significativa limitação da mobilidade. A definição das especialidades e a frequência assistencial deve ser definida através do (PAD),

com o intuito de evitar deslocamentos frequentes, refletindo em melhora da qualidade de vida para o paciente e sua família.

O plano de atenção / assistência individual domiciliar deve ser elaborado e atualizado periodicamente de acordo com as escalas de avaliação, a fim de avaliar a evolução do paciente e estabelecer os ajustes necessários a cada momento clínico, identificando quando for o caso, a necessidade de mudança na modalidade da assistência *Home Care*, podendo ocorrer alterações temporárias com indicação de internação domiciliar ou hospitalar.

A modalidade de assistência domiciliar multidisciplinar oferta ao paciente crônico restrito ao leito ou que apresente grave limitação da mobilidade, condições seguras para garantir a humanização da assistência ao paciente e familiares e a melhor qualidade de vida possível ao paciente em seu domicílio, evitando as internações hospitalares prolongadas e as hospitalizações repetidas.

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 05/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 Cobertura: Atenção Domiciliar (Home Care, Assistência Domiciliar, Internação Domiciliar, Assistência Farmacêutica Domiciliar).

https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/pareceres-tecnicos-da-ans/2024/parecer-tecnico-no-05_2024_atencao-domiciliar-home-care.pdf

Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar). Resolução Normativa nº 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

5) Resolução COFEN nº 186/1995.

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

6) Resolução COFEN nº 358/2009.

http://www.cofen.gov.br/resoluco-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

3%AAncias.

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 domiciliar - 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/augustocesinando/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-](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%20p osturais%20e%20automatismos.)

[reavaliada/#:~:text=Os%20c%C3%B3digos%20MB%2044.3%20.,de%20reflexos%20p osturais%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%20p osturais%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://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/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://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/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://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/https://www.senado.leg.br/transparencia/SECRH/BASF/Anexo/A_02_2014_1005852.pdf

34) Guia Prático sobre Assistência Domiciliar: Profissionais de Enfermagem e Familiares. COREN Bahia. 2024.

<https://www.coren-ba.gov.br/wp-content/uploads/2024/03/GUIA-PRATICO-SOBRE-ASSISTENCIA-DOMICILIAR-COREN-BAHIA-FINAL.pdf>

35) Nota Técnica N.º 3/2020 – SES/SAIS/CATES/DSINT/GESAD. Assunto: Fluxo do Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade (SAD-AC) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Brasília-DF, 26 de maio de 2020.

<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Nota+T%C3%A9cnica+N%C2%BA+03-2020+-+SES-SAIS-CATES-DSINT-GESAD+-+FLUXO+DO+SERVI%C3%87O+DE+ATEN%C3%87%C3%83O+DOMICILIAR+DE+ALTA+COMPLEXIDADE+SAD-AC+DA.pdf/f39304ea-a422-ea29-1e0a-a5fc1de66178?t=1717677767528>

36) Manual de Orientações para os profissionais de enfermagem de Home Care e Cooperativas prestadoras de serviços na assistência domiciliar do Distrito Federal. COREN-DF. Brasília. 2019.

<https://coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/07/manual-home-care-ok-1.pdf>

37) Cartilha da Atenção Domiciliar. UNIMED Três Rios. Julho/2019.

<https://www.unimed.coop.br/documents/1392805/8224011/Cartilha+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Domiciliar.pdf/8d77b189-930a-4897-bb89-86e80f5e42f1/1000>

38) 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>

39) 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).

40) 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

41) 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>

42) RENAME 2024.

V – DATA:

12/05/2025

NATJUS – TJMG