

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Cível

**COMARCA:** Ubá

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2023.0004286

**IDADE:** 73 anos

**Sexo:** feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** G12.2, R52.1

**PEDIDO DA AÇÃO:** Home care (internação domiciliar) com o fornecimento dos respectivos insumos

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Prestação de assistência multidisciplinar domiciliar por tempo indeterminado

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Qual seria a indicação do tratamento para o caso da autora, bem como esclarecer a imprescindibilidade e urgência da medida no caso concreto, diante dos laudos juntados aos autos. **R.: Apesar da morbidade e fragilidade apresentada pela paciente, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais sob regime de internação domiciliar, com disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral (24 horas/dia). Não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados de realização exclusiva do profissional técnico em enfermagem.**

**A modalidade de assistência domiciliar (conjunto de atividades multidisciplinares intermitentes de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio) é compatível com o quadro apresentado pela paciente.**

**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), e que 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.**

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente restrita ao leito, com diagnóstico de esclerose lateral amiotrófica (subtipo ELA bulbar), em fase avançada, submetida a procedimento de realização de gastrostomia em abril/2023, em uso do dispositivo BiPAP, eliminação fisiológica através do uso de fraldas e úlcera de decúbito em calcâneo direito. Foi solicitado tratamento sob regime de Home Care com equipe multidisciplinar, sob a justificativa de que a paciente está na condição de deficiente física e completamente limitada funcionalmente, sendo totalmente dependente do auxílio permanente de terceiros para a realização de todas as suas atividades diárias.

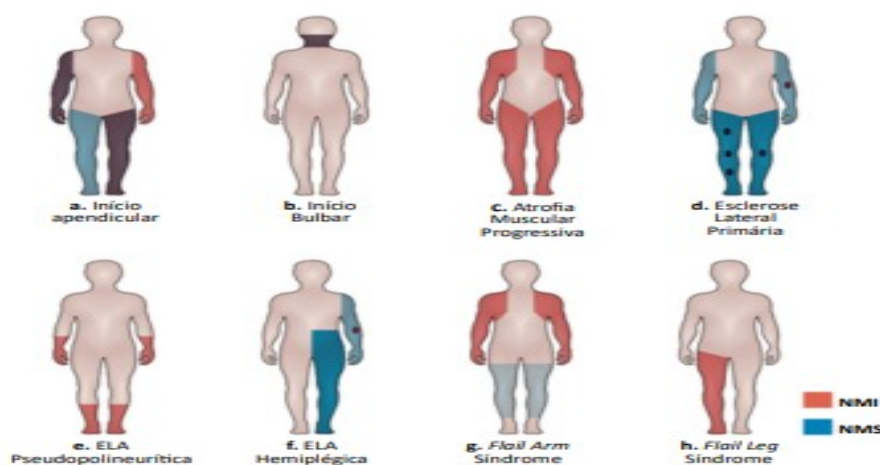
*“As patologias que afetam o neurônio motor caracterizam-se por causarem apoptose neuronal, isto é dano na estrutura funcional celular, seja por alterações do DNA ou por stress funcional, ou necrose com agressão direta ao neurônio motor como na poliomielite, além disto, nota-se que as patologias diferem-se na variabilidade de acometimento anatômico, com seletividade por locais e organelas específicas, reforçando as várias possibilidades etiológicas”.*<sup>(16)</sup>

*“A doença do neurônio motor (DNM) é um termo que se aplica a síndromes clínicas com características próprias como a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Atrofia Muscular Progressiva (AMP), Esclerose Lateral Primária (ELP), Paralisia Bulbar Progressiva (PBP)”.*<sup>(16)</sup>

*“A classificação das Doenças do Neurônio Motor depende de vários critérios, incluindo síndrome clínica, com predominância de envolvimento dos tipos de neurônios motores, alterações morfológicas, padrão de herança, achados eletrofisiológicos, e anormalidades bioquímicas e de neuroimagem. Reconhecer os diferentes fenótipos de ELA/DNM é fundamental diante de cuidados potencialmente necessários em maior demanda para algumas das formas em relação a outras, assim como diferenças prognósticas e nos riscos de recorrência familiar do quadro e da ocorrência de outras*

neurodegenerações associadas”.(18)

### Quadro clínico - Diferentes Fenótipos da DNM (Variantes)



PROTÓCOLO CLÍNICO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ELA

**Figura 1.2.** Padrão de envolvimento motor em diferentes fenótipos de ELA.

A cor **vermelha** indica o envolvimento de NMI; **azul** envolvimento de NMS; o sombreado mais escuro indica um envolvimento mais grave.

Fonte: Swinner B, Robberrecht W <sup>10</sup>. *The phenotypic variability of amyotrophic lateral sclerosis*, 2014. Modificado por Cristina Salvioni.



21

Fonte: Protocolo Clínico para o Tratamento do paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica/Doença do Neurônio Motor: Guia Terapêutico. Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. 2021.

*“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)".<sup>(15)</sup>

*"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".<sup>(4)</sup>*

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.

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.

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.

No **caso concreto**, apesar da morbidade e fragilidade apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional 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 internação domiciliar, como requerido. Importante esclarecer, que assim como a internação hospitalar, a internação domiciliar é uma modalidade de cuidados temporários.

A elegibilidade para 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.

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 domiciliar ambulatorial na modalidade de assistência domiciliar. Não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais sob regime de internação domiciliar, com disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral (24 horas).

Com a evolução do caso, ocorrendo alteração da condição clínica da paciente, o plano de atendimento deverá ser revisto e ajustado. Se a alteração instalada indicar a necessidade 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 habilitados, os quais não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo, durante o período de indicação da internação domiciliar, mas podem ser executados pelos profissionais fora do ambiente hospitalar.

A indicação de internação domiciliar se instala temporariamente, somente quando há necessidade de execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais habilitados.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar intermitente, exige primeiramente que o paciente tenha condições de permanecer sob tratamento e cuidados em casa, e em segundo plano que a família disponibilize um cuidador responsável (familiar ou contratado). A assistência sob a modalidade de internação domiciliar se difere e possui finalidade distinta da assistência domiciliar. A internação domiciliar, assim como a internação hospitalar, não são um cuidado prescrito por tempo indeterminado, e não visam suprir carência de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do paciente.

A **hipoxemia crônica** ocorre em uma variedade de doenças, e muitos pacientes portadores de hipoxemia crônica com doença de base clinicamente estável necessitam de suporte ventilatório (ventilação não invasiva domiciliar) e uso prolongado de oxigênio fora do ambiente hospitalar. A instalação da insuficiência respiratória pode ocorrer de forma aguda e abrupta, ou lenta e progressiva.

A correção da hipoxemia arterial reduz a dispneia, melhora o funcionamento cerebral e conseqüentemente esses pacientes apresentam uma melhora na qualidade de vida. Os objetivos principais da VNI são a melhoria da ventilação/minuto, a redução do trabalho dos músculos respiratórios (esforço respiratório), e a melhoria das trocas gasosas (redução de pCO<sub>2</sub> e aumento da pO<sub>2</sub>).

Existem diferentes dispositivos de suporte ventilatório não invasivo, que insuflam ar no sistema respiratório até que sejam atingidos níveis pré-definidos de pressão de ar. A VNI utiliza uma pressão constante em vias aéreas (CPAP) ou pressões bifásicas (BiPAP) para auxiliar a ventilação do paciente através do uso de máscaras.

O dispositivo BiPAP (Positive Airway Pressure) é um dispositivo Bi-level, que permite a configuração de dois níveis diferentes de pressão: uma

maior sobre a inspiração (pressão positiva inspiratória - IPAP) e outra menor para facilitar a expiração (pressão positiva expiratória - EPAP) mas, ainda assim, acima da pressão do ar ambiente. Essa possibilidade de níveis diferentes de pressão (bi-nível) facilita a expiração (EPAP), possibilitando uma maior facilidade de adaptação ao dispositivo.

Existem modelos de pressão fixa e modelos que ajustam automaticamente a pressão. Nos BiPAP's de pressão fixa configura-se exatamente uma pressão para inspirar e uma pressão para exalar. Nos BiPAP's de pressão automática configura-se (pelo menos) uma pressão máxima de inspiração, uma pressão mínima de exalação e uma variação entre estas pressões.

Em geral o BiPAP possui custo maior que o CPAP, podendo ser algo em torno de 4 a 5 vezes o valor de um ótimo CPAP. A principal diferença entre o CPAP e BiPAP é a possibilidade de ajustar uma pressão para inspirar (IPAP) e outra mais suave para exalar (EPAP), disponibilizadas pelos dispositivos bi-níveis.

O suporte ventilatório não invasivo (VNI) deve ser considerado/indicado para o paciente que está consciente, cooperativo, e apesar do esforço respiratório (FR >24mrpm, tiragens intercostais e furcular), mantém PaCO<sub>2</sub> > 45mmHg e < 50mmHg, pH < 7,35 e >7,25, e não apresenta contraindicações.

Entre as doenças de base que geralmente evoluem com necessidade de ventilação não invasiva no domicílio, podem ser citadas:

- Doenças Neuromusculares: Esclerose Lateral Amiotrófica e Distrofias Musculares;
- Doenças torácicas restritivas: Trauma Raquimedular (TRM), Cifoescoliose e Sequela de Poliomielite;
- Doenças com Sinais de Hipoventilação Noturna: Hipoventilação Alveolar Central, Síndrome da Apneia Central Idiopática, Respiração de Cheyne Stokes e Síndrome de Obesidade Hipoventilação;
- Síndrome da Apneia e Hipopneia Obstrutiva do Sono.

Quando a indicação da VNI é devida a presença de doenças de base

que causam insuficiência respiratória e diminuem os níveis de oxigênio no organismo, o uso do BiPAP é preferível. Isso porque, graças ao modo ventilatório, o equipamento, ajuda o paciente a retomar o padrão respiratório, sem fazer muito esforço. Além disso, o recurso de dupla pressão possibilita uma troca gasosa mais eficiente, trazendo mais oxigênio e eliminando mais o CO<sub>2</sub>. O BiPAP, além de manter as vias aéreas pérvias, auxilia a musculatura inspiratória a encher de ar os pulmões.

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.

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.

A paciente tem indicação de manutenção da continuidade de assistência multiprofissional, a qual pode ser ofertada sob regime de assistência domiciliar. *Conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.*

#### **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](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](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%AAscias.](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%AAscias.)
- 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](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](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.
- 15) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 16) Doenças do Neurônio Motor. Marco Antonio Troccoli Chieia. Revista Neurociências V.13 N.3. jul/set, 2005. Escola Paulista de Medicina / Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.
- 17) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica da Esclerose Lateral Amiotrófica. Ministério da Saúde. [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes\\_ms/20210713\\_publicacao\\_ela.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/20210713_publicacao_ela.pdf)
- 18) Protocolo Clínico para o Tratamento do paciente com Esclerose Lateral Amiotrófica/Doença do Neurônio Motor: Guia Terapêutico. Associação Brasileira de Esclerose Lateral Amiotrófica. 2021. <https://www.arella-rs.org.br/arquivos/390.pdf>
- 19) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar. <https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>
- 20) 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>
- 21) Ventilação Não Invasiva. Serviço de Pneumologia Filipa Lima, João Carvalho. Setembro/2021. Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37710/1/42%C2%AA%20Sess%C3%A3o>

[%20Cientifica%20-%20VNI-Ventila%C3%A7%C3%A3o%20n%C3%A3o%20invasiva.pdf](#)

22) Procedimento Operacional Padrão. Ventilação Não Invasiva. POP/UR/013/2020. Hospital Universitário Alcides Carneiro, Universidade Federal de Campina Grande. Administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/pops/2020/dezembro-2020/2-pop-ventilacao-nao-invasiva.pdf>

23) Diretrizes para Oxigenioterapia e Ventilação Domiciliar. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis, Santa Catarina. 2019.

<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-das-deliberacoes-2019/16324-anexo-deliberacao-251-2019/file>

#### **V – DATA:**

30/08/2023

NATJUS – TJMG