

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** Vara da Infância e Juventude

**COMARCA:** Patos de Minas

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2024.0004976

**IDADE:** 16 anos

Sexo: feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** G40.4

**PEDIDO DA AÇÃO:** Assistência *Home Care* com disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia, e fisioterapia motora e respiratória + ventilação mecânica invasiva no domicílio (VMID), marcas Astral® 150 ou Trilogy® 100 ou EVO®, e insumos, além de suporte de assistência técnica por 24 horas.

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Prestação de assistência multidisciplinar domiciliar contínua, com disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia por tempo indeterminado, para realização de cuidados à paciente com dependência total e permanente de terceiros para as atividades da vida diária, associada a fornecimento de aparelho para ventilação mecânica invasiva.

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Acerca dos procedimentos / medicamentos disponibilizados para o caso.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de Síndrome de West, paralisia cerebral e hipotireoidismo, totalmente dependente de terceiros para os cuidados básicos e instrumentais da vida diária.

Consta que a paciente é traqueostomizada, e que esteve internada em setembro/2023 devido a quadro de pneumonia, que está em ventilação mecânica, sem possibilidade de desmame, devido a importante fraqueza muscular diafragmática, contraturas osteoarticulares múltiplas e crises convulsivas. Consta que foi feita tentativa de desmame com o uso de BIPAP,

mas que a paciente dessaturava.

Foi então requerida assistência *Home Care* e prescrito o uso contínuo, por tempo indeterminado, de aparelho de suporte ventilatório (ventilador mecânico invasivo).

*“A **Síndrome de West** se caracteriza como uma encefalopatia epiléptica constituída por três principais condições: Espasmos musculares infantis, majoritariamente em clusters, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e padrão de hipsarritmia evidenciada no eletroencefalograma. A patologia é dividida em 2 grupos, sendo o primeiro a forma criptogenética, em que o paciente não apresenta lesão neurológica prévia ou comorbidades, e o segundo a forma sintomática, em que os pacientes já apresentam uma lesão neurológica prévia. Seu pico de incidência se dá em crianças entre 5 e 8 meses. O prognóstico da doença é grave e o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível de acordo com a classificação da forma”.* <sup>(5)</sup>

**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”.*<sup>(6)</sup>

“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>(7)</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 - 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.

A Resolução COFEN Nº 0557/2017, do Conselho Federal de Enfermagem, normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas. O entendimento técnico é de que a resolução é de aplicação privativa para equipe de enfermagem, e, portanto não diz respeito as outras categorias profissionais e demais envolvidos no cuidado dos pacientes, como os cuidadores familiares.<sup>(4)</sup>

Apesar das morbidades e fragilidade apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados

exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem, que exijam a disponibilização desse profissional 24 horas no domicílio.

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 com disponibilização de profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem por período integral (24 horas) por tempo indeterminado.

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 dos cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD são os mais utilizados.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar intermitente, tem por finalidade suprir a necessidade de atendimento especializado para paciente frágil e de baixa mobilidade, no domicílio a longo prazo. 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.

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.

Não foi identificado nenhum cuidado / procedimento nas prescrições médicas apresentadas, que exijam 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 (com ou sem vínculo familiar).

A **ventilação mecânica invasiva** representa uma opção para casos de falência mecânica do aparelho respiratório em doenças neuromusculares. É importante ressaltar que o suporte ventilatório invasivo, pode ser considerado em casos graves de insuficiência respiratória associada à Síndrome de West.

Os critérios gerais para a indicação de ventilação mecânica invasiva incluem:

1. Sintomas de hipoventilação alveolar, como dificuldade respiratória, fadiga respiratória e retenção de dióxido de carbono.
2. Hipercapnia (pressão parcial de dióxido de carbono no sangue arterial acima de 45 mmHg).
3. Dessaturação de oxigênio no período noturno com índices menores que 88% por 5 minutos consecutivos.
4. Pressão inspiratória máxima (P<sub>Imáx</sub>) menor que 60 cmH<sub>2</sub>O.
5. Capacidade vital forçada (CVF) menor que 50% do valor previsto.

A ventilação mecânica substitui total ou parcialmente a ventilação espontânea e está indicada na insuficiência respiratória crônica. A ventilação mecânica propicia melhora das trocas gasosas e diminuição do trabalho respiratório, podendo ser utilizada de forma não invasiva através de uma interface externa, geralmente via máscara facial ou nasal, ou com prongs nasais; e de forma invasiva através de um tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia.<sup>(4)</sup>

A ventilação mecânica é considerada prolongada quando ocorre dependência da assistência ventilatória, invasiva ou não invasiva, por mais de 6 horas por dia, por tempo superior a três semanas, apesar de programas de reabilitação e correção de distúrbios funcionais.<sup>(4)</sup>

“A portaria GM/MS nº 825 de 25/04/2016, que redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considera elegível na modalidade AD3, usuários com qualquer das situações listadas na modalidade AD2 associados à necessidade de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento (s) ou agregação de procedimento (s)

de maior complexidade, como ventilação mecânica. Porém considera inelegível a necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe responsável não estiver apta a realizar tal procedimento. Desta forma observa-se que atualmente não há uma padronização entre os serviços de atenção domiciliar e conseqüentemente falta planejamento orçamentário para disponibilizar tal procedimento”.<sup>(4)</sup>

A ventilação mecânica invasiva domiciliar vem sendo realizada por vários SADs no Brasil, sendo na sua maioria pacientes pediátricos, com doenças neuromusculares e de raça branca. Na maioria das famílias a mãe é a principal cuidadora e referiu segurança e tranquilidade no manuseio do paciente e do aparelho de ventilação mecânica invasiva. Apesar das dificuldades econômicas referentes ao aumento dos custos na manutenção deste paciente no domicílio, a maioria dos familiares e dos pacientes se manifestaram satisfeitos ou muito satisfeitos com a desospitalização.<sup>(4)</sup>

Por meio da avaliação dos serviços de atenção domiciliar no Brasil identificou-se que a ventilação mecânica invasiva domiciliar tem sido feita com segurança e efetividade. Acredita-se que através de uma padronização, capacitação dos profissionais envolvidos, da determinação de um fluxo adequado de desospitalização, assim como maior integração entre as esferas municipal, estadual e federal, a incorporação desta tecnologia se torna viável e poderá contribuir para o melhor atendimento de pacientes crônicos dependentes de ventilação mecânica invasiva, com menor custo e maior satisfação dos pacientes e familiares.<sup>(4)</sup>

A ventilação mecânica invasiva domiciliar para insuficiência respiratória crônica, foi incorporada ao SUS mediante pactuação tripartite, vide Portaria nº 68, de 26 de novembro de 2018. O recurso está disponível através de regulamentação do serviço de ventilação mecânica invasiva para uso domiciliar no Programa Melhor em Casa.<sup>(4)</sup>

**Considerando** a condição de adoecimento da paciente, a dificuldade de mobilidade para deslocamentos frequentes, a fragilidade e a dependência integral e permanente instaladas, a assistência domiciliar intermitente é

modalidade assistencial preferível, principalmente para as especialidades com frequência assistencial semanal (fisioterapia), por evitar deslocamentos frequentes, refletindo em melhora da qualidade de vida para a paciente e família.

**Considerando** que se trata de paciente traqueostomizada, que evoluiu com insuficiência respiratória crônica, que não respondeu ao uso de suporte ventilatório não invasivo (BiPAP - Bilevel positive airway pressure), a indicação de ventilação mecânica invasiva para uso domiciliar, está em conformidade com a literatura técnica e com as diretrizes de incorporação do recurso na rede pública. No entanto, não há elemento técnico que indique a necessidade de marca específica de aparelho de suporte ventilatório.

No SUS, a assistência domiciliar é oferecida em diferentes modalidades, como visita domiciliar, atendimento domiciliar e internação domiciliar. A triagem para determinar a elegibilidade é realizada por uma equipe composta por médico, enfermeiro e assistente social, levando em consideração a complexidade do caso e a necessidade de cuidados específicos. A pontuação obtida pelo paciente em uma escala de escores específicos pode ser utilizada como base para determinar o tipo de suporte a ser oferecido.

Sugere-se a realização de avaliação da paciente, pela equipe de saúde da EMAD, para definir o plano de atenção domiciliar para a paciente.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

- 1) Portaria Nº 1.370, de 3 de julho de 2008. Institui o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares.
- 2) Portaria Nº 370, de 04 de julho de 2008.
- 3) Portaria Nº 68, de 23 de novembro de 2018. Torna pública a decisão de incorporar a ventilação mecânica invasiva domiciliar para insuficiência respiratória crônica, mediante pactuação tripartite no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- 4) Ventilação mecânica invasiva domiciliar na insuficiência respiratória crônica. CONITEC. Relatório de Recomendação Nº 346, Novembro/2018.

- 5) Síndrome de West: uma abordagem diagnóstica, evolução clínica e revisão. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 21567-21575, sep./oct., 2023. DOI:10.34119/bjhrv6n5-186.
- 6) 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)
- 7) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- 8) 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.*
- 9) 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.
- 10) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.
- 11) 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)
- 12) 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](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).
- 13) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.  
<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf>
- 14) 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)
- 15) 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)
- 16) Parecer Técnico COREN-DF 24/2011.  
<https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-242011/>

17) 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”.

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

19) Parecer COREN/GO nº 044/CTAP/2020. Assunto: Procedimento de aspiração de traqueostomia por cuidador em ambiente domiciliar.

20) Resolução COFEN Nº 557/2017. <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017/>

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

22) 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>

23) Escala de HOEHN E YAHR modificada.

<https://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocesinando/AVALIACAO%20FISIOTERAPEUTICA%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modificada.pdf>

24) Recomendações para a ventilação mecânica domiciliar / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42 p.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_ventilacao\\_mecanica.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf)

25) 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>

26) Síndrome de West.

<https://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/sindrome-west.htm>

**V – DATA:** 10/02/2024

NATJUS – TJMG