

## 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:** 2025.0007429

**IDADE:** 76 anos

**Sexo:** masculino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** E11, G99.0, I10, H36.0, H40, F01, N40,

**PEDIDO DA AÇÃO:** Assistência multidisciplinar domiciliar contínua por tempo indeterminado, dieta enteral industrializada (Nutren Senior® – 06 latas de 740 g/mês, medicamentos diversos, fraldas descartáveis na quantidade de 08 unidades/dia, lenços umedecidos, cadeira de rodas e cadeira para banho, colchão pneumático.

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

### 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 dos medicamentos, equipamentos e insumos requeridos para uso ambulatorial domiciliar e tratamento poli farmacológico das doenças apresentadas pelo paciente.**

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

2) Há demonstração da eficácia terapêutica à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico? **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. No caso concreto, não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar necessidade de disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período de 12 horas/dia por tempo indeterminado para realização dos cuidados necessários ao paciente.**

**Os cuidados básicos diários de suporte de vida que o paciente necessita (alimentação, higiene e troca de fraldas, ministração de dieta e medicação oral, 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 e o estágio avançado de suas morbidades, o paciente tem indicação de receber assistência multiprofissional em conformidade com as necessidades de cada momento clínico da evolução do seu quadro. A definição das especialidades envolvidas (medicina, enfermagem, fisioterapia respiratória e motora, nutricionista) e da frequência das visitas deve ser estabelecida através de um plano de atenção domiciliar individualizado (PAD).**

3) A partir dos elementos constantes dos autos, há evidência da necessidade do tratamento em questão, inclusive dos insumos? **R.: Considerando os**

elementos técnicos apresentados, o paciente apresenta dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Os cuidados necessários são todos compatíveis com as atribuições / execução por um cuidador treinado. Não foi identificada a necessidade de realização de procedimentos de execução exclusiva de profissionais da saúde habilitados.

O SUS disponibiliza fraldas geriátricas descartáveis na quantidade de 04 unidades/dia, totalizando 120 unidades/mês. Não foram identificados elementos técnicos que indiquem a necessidade de fornecimento da quantidade maior solicitada (08 unidades/dia, 240 unidades/mês).

Não foram identificados elementos técnicos indicativos de imprescindibilidade de fornecimento de dieta enteral industrializada, em substituição à dieta enteral artesanal.

Quanto aos medicamentos solicitados, estão disponíveis no SUS: o atenolol, a losartana, a finasterida e o Doxuran® (mesilato de doxazosina). A Donila® (cloridrato de donepezila) está disponível sob protocolo para o tratamento da doença de Alzheimer.

Quanto aos demais fármacos: a Aspirina Prevent® (ácido acetilsalicílico de liberação entérica), o SUS disponibiliza o ácido acetilsalicílico 100 e 500 mg. Noripurum® fólico (ferripolimaltose + ácido fólico), o SUS disponibiliza em apresentação separada, através do componente básico o ferripolimaltose 10 mg/ml xarope, ferripolimaltose 50 mg/mL solução oral ou ferripolimaltose 100 mg comprimidos mastigáveis, para pacientes com intolerância ao sulfato ferroso. O ácido fólico está disponível na apresentação de comprimido de 5 mg e solução oral 0,2 mg/ml. O cilostazol. A rosuvastatina não está disponível no SUS, como alternativa, o SUS disponibiliza a atorvastatina cálcica e a pravastatina sódica. O Xarelto® (rivaroxabana) não está disponível no SUS, como alternativa o SUS disponibiliza a varfarina. Não está previsto na RENAME a disponibilização de pomada anti- Assadura de nistatina + óxido de zinco, nomes comerciais (Hipoglós®, Bepantol Baby®, Dermodex® e outros).

Não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico dos fármacos requeridos não disponíveis no SUS, em substituição às alternativas de terapêutica farmacológica regularmente disponíveis na rede pública.

Quanto ao fornecimento de equipamentos (cadeira de rodas e cadeira para banho, colchão pneumático), a previsão de fornecimento é para a situação de internação domiciliar, situação que não corresponde à do idoso em tela.

A tabela SUS dispõe de procedimentos relativos à concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) não cirúrgicas relacionadas à reabilitação, incluindo 09 modelos de cadeiras de rodas, incluindo cadeira para banho. O SUS disponibilizada também 13 tipos de adaptação e dispositivos auxiliares para usuários de cadeiras de rodas, que ajudam na personalização e adequação à característica anatômica de cada pessoa.

Não há previsão de fornecimento de máscaras descartáveis e luvas para procedimentos descartáveis, óleo de girassol e lenços umedecidos pelo SUS ou pela saúde suplementar.

4) Outras informações consideradas úteis na análise jurídica do caso, inclusive quanto à imprescindibilidade e urgência da medida. **R.: Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.**

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

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idoso com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, demência vascular, diabetes mellitus tipo 2 (DM2), retinopatia diabética, glaucoma neovascular, doença arterial obstrutiva periférica, hiperplasia prostática. O paciente possui histórico de amputação do 4º e 5º pododáctilos esquerdos com extensão para a face lateral do pé.

Consta que as morbidades apresentadas pelo paciente estão em estágio avançado, e que devido a esse fato o paciente encontra-se totalmente dependente de terceiros para a realização das atividades básicas da vida diária,

tais como exemplo: deambulação, higienização (banho e troca de fraldas), autoadministração de medicamentos, entre outras). Foi solicitada assistência Home Care com a disponibilização de assistência multidisciplinar domiciliar por tempo indeterminado, a fim de evitar a progressão de suas enfermidades, proporcionar melhoria de seu estado clínico e reduzir as chances de necessidade de internação hospitalar.

*“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)”.<sup>22</sup>*

*“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)”.<sup>22</sup>*

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).<sup>27</sup>

A **demência** é uma síndrome causada por várias doenças de curso lento, progressivo, evolutivo e de natureza crônica. 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”.*<sup>4</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>15</sup>

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

A modalidade de assistência domiciliar é compatível com o quadro clínico apresentado pelo paciente. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional de enfermagem 12 horas/dia 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 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 o paciente é compatível com a prestação de serviço de Home Care / atenção domiciliar na modalidade de assistência domiciliar.

A prestação do serviço 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 do paciente, o plano

de atenção domiciliar (PAD) dela 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)”*.<sup>17</sup>

*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.

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

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

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

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

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

As 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 no município de Belo Horizonte, construídas para regulamentar a disponibilização sob protocolo de dieta industrializada.

Assim no caso em tela, não existem justificativas técnico-científicas e/ou contra-indicações para uso de dieta artesanal pelo paciente, já que a luz dos conhecimentos atuais não há benefícios nutricionais com o 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.

**Cama e/ou colchão hospitalar / especial:** tecnologias especificamente

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

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

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

Cama e colchão hospitalar / especial não são contemplados na tabela SIGTAP, portanto, não são fornecidos pelo SUS para uso domiciliar.

Conforme a Resolução RDC nº 11 de 26 de janeiro de 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.

A Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar. Segundo essa resolução, o SAD deve prover equipamentos, medicamentos e materiais conforme definido no plano de atenção domiciliar e eles devem estar regularizados junto à ANVISA. No entanto, não há obrigação por parte da saúde suplementar de disponibilizar a cama e colchão hospitalar / pneumático para modalidade de assistência domiciliar, modalidade essa indicada para o paciente em tela.

**Considerando** o caráter progressivo da condição de adoecimento do paciente, a significativa restrição da mobilidade, a fragilidade e a dependência integral e permanente instaladas, o paciente tem indicação de acompanhamento e cuidados diários de um cuidador treinado. Os cuidados prescritos ao paciente não exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional da enfermagem 12 horas/dia.

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 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 de assistência *Home Care*, podendo ocorrer alterações temporárias para 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](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 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsmis.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-](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs)

[3582009\\_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs)

7) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf>

8) Parecer Técnico COREN-PE nº 041/2016.

[http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016\\_8124.html](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.

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

17) Luiza Watanabe Dal Bem, Raquel Rapone Gaidiznski. Sistema de classificação

de pacientes em assistência domiciliária - Artigos de Revisão. Acta paul. Enferm. 19 (1). Março 2006.

<https://doi.org/10.1590/S0103 - 21002006000100016>

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

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

19) Escala de HOEHN E YAHR modificada.

<https://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocesinando/AVALIACAO%20FISIOTERAPeutica%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modificada.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%20pостurais%20e%20automatismos.)

[reavaliada/#:~:text=Os%20c%C3%B3digos%20MB%2044.3%20.,de%20reflexos%20pостurais%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%20pостurais%20e%20automatismos.)

23) Guia. Diretrizes da Atenção Domiciliar. Prefeitura de Belo Horizonte. 2022.

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-22-09-2022.pdf>

24) Atenção Domiciliar no SUS. Resultados do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar.

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_sus.pdf](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](https://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://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/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://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/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://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfndmkaj/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) RENAME 2024.

**V – DATA:**

08/04/2025

NATJUS – TJMG