

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

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

**COMARCA:** Carangola

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2024.0005202

**IDADE:** 69 anos

**Sexo:** masculino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** G20, M41.9, M47.2, M48.0

**PEDIDO DA AÇÃO:** Home Care com disponibilização de cuidador e atendimento domiciliar nas especialidades de fisioterapia e fonoaudiologia na frequência mínima de duas vezes/semanas.

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Assistência domiciliar contínua com disponibilização de cuidador 24 horas/dia por tempo indeterminado, para auxílio na ministração de medicação oral e nas atividades básicas da vida diária de vestuário e higiene,

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicito, com urgência, o envio, por e-mail, de nota técnica, esclarecendo, especialmente, os questionamentos a seguir:

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

**A assistência domiciliar é uma modalidade do *Home Care*, ou seja, é um serviço de atenção domiciliar que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.**

**A cobertura de *Home Care* depende de previsão nas cláusulas constantes no contrato, as quais devem dispor claramente sobre o plano de atenção domiciliar e as coberturas atreladas ao serviço contratado.**

2) Há demonstração da eficácia terapêutica à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico? **R.: Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, a natureza progressiva da Doença de Parkinson, a condição clínica descrita para o paciente de baixa mobilidade e risco de quedas, a dependência parcial de terceiros instalada, o mesmo se beneficiaria da prestação do serviço de atenção domiciliar na modalidade de assistência domiciliar, para ações de reabilitação e prevenção de maiores complicações secundárias à progressão da doença.**

3) A partir dos elementos constantes dos autos, há evidência da necessidade do tratamento em questão, inclusive dos insumos? **R.: Não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de prestação do serviço *Home Care*. No entanto, devido o caráter progressivo da Doença de Parkinson, à baixa mobilidade, o risco de quedas e a dependência parcial de terceiros instalada, o paciente se beneficiará da prestação de assistência domiciliar em conformidade com as limitações impostas em cada momento clínico da evolução da Doença de Parkinson.**

**A assistência domiciliar intermitente nas especialidades requeridas (fisioterapia e fonoaudiologia) beneficiará o paciente, refletindo em melhora de sua qualidade de vida.**

**Todos os cuidados descritos / prescritos para o paciente, que subsidiaram à solicitação, são atribuições previstas para o cuidador (com ou sem vínculo familiar). A modalidade de assistência por tempo indeterminado nos moldes em que foi requerida, visa substituir a carência da presença do cuidador. A disponibilização de cuidador não é responsabilidade do sistema público e/ou suplementar de saúde.**

**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.*

Considerando o Parecer Técnico N° 29/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018, o Parecer Técnico N° 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019 e as diretrizes de utilização previstas na RN n° 465/2021 no que se refere as coberturas mínimas obrigatórias / fornecimento de medicamentos e insumos para tratamento domiciliar de doença crônica, não há previsão de obrigatoriedade de cobertura / fornecimento contínuo e por tempo indeterminado de medicamentos para uso ambulatorial domiciliar.

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

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

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

Conforme a documentação apresentada o paciente está em acompanhamento neurológico desde 28/03/2007 devido ao diagnóstico de Doença de Parkinson, apresenta tremor assimétrico, rigidez muscular em roda dentada, bradicinesia, lentidão psicomotora com marcha parkinsoniana e instabilidade postural e quedas da própria altura, além de lombociatalgia bilateral secundária a hérnia discal lombar.

Encontra-se em tratamento poli farmacológico contínuo para a Doença de Parkinson e o quadro algico. Consta que houve piora nos últimos meses, com aumento da frequência das quedas, ocasionando risco para o paciente e que o mesmo está incapaz para o exercício de suas atividades profissionais,

e dependente de terceiros para realização de algumas atividades básicas da vida diária, tais como vestuário e higiene pessoal.

Diante do exposto foi solicitada assistência domiciliar com a disponibilização de um cuidador por 24 horas/dia para ministração de medicação via oral nos horários de 07:00, 10:00, 13:00, 16:00 e 19:00 horas, além de atendimento domiciliar no mínimo duas vezes/semana, nas especialidades de fisioterapia e fonoaudiologia.

*“A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que 1% da população do mundo acima de 65 anos seja acometida pela Doença de Parkinson (DP). A DP é considerada o segundo distúrbio neurodegenerativo mais comum, afetando cerca de 7,5 milhões de pessoas. Estima-se que para 2030 a porcentagem aumente para 9 milhões de casos, podendo influenciar negativamente no setor econômico, previdenciário, social e de saúde”.*<sup>(18)</sup>

*“A progressão da DP é variável para cada paciente e de acordo com a Escala de Avaliação de Progressão da Doença – Hoehn & Yahr (H&Y – Degree of Disability Scale) a DP apresenta cinco estágios. Nos estágios I, II e III os indivíduos apresentam sintomas de leve a moderado e, nos estágios IV e V, os sintomas são graves. Um estudo feito por Johnell et al., mostrou que com o avançar da doença, a diminuição da independência e a perda da autonomia tendem a se intensificar devido ao aumento da gravidade dos sintomas”.*<sup>(18)</sup>

*“Além disso, com os sintomas típicos acentuados da DP, o indivíduo passa a desenvolver um comportamento sedentário que gera um círculo vicioso de aumento de comorbidades, de dependência física e psicológica, além dos efeitos colaterais advindos dos medicamentos. Como resultado, a aptidão física dos pacientes com DP fica comprometida, levando a um espiral negativo de fadiga, dor e redução da mobilidade, dificuldade para andar, vestir roupa, tomar banho e alimentar-se”.*<sup>(18)</sup>

*“Esta interação negativa entre as deficiências das estruturas e funções do corpo, limitações de atividades e restrições na participação conceitua-se como incapacidade, de acordo com o modelo da Classificação Internacional*

*de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Quanto menor a aptidão física de uma pessoa, maior é a sua dependência e mais baixo é o seu nível de atividade física. Logo, há uma maior chance de risco de quedas e fraturas e menor à sobrevivida. Por outro lado, níveis mais elevados de atividade física correlacionam-se com uma melhor aptidão física, como maior capacidade e desempenho de atividades diárias, permanecendo pessoas mais ativas na comunidade”.*<sup>(18)</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>

*“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”.*<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 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, 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.

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 apresentadas pelo paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional de enfermagem por 24 horas/dia no domicílio.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, e a *condição clínica descrita para o paciente, devido a baixa mobilidade e o risco de queda, o mesmo se beneficiaria da prestação de serviço de atenção domiciliar ambulatorial na modalidade de assistência domiciliar*. Embora, não foram identificados elementos técnicos que possibilitem afirmar imprescindibilidade dessa modalidade de assistência.

A elegibilidade e imprescindibilidade de 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. O paciente em tela não preenche esses critérios.

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.*

Com a evolução / progressão do quadro apresentado pelo paciente, ocorrendo períodos de agudização com alteração / flutuações da condição clínica descrita, o plano de atenção domiciliar (PAD) deverá ser revisto e ajustado. A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar intermitente, tem a finalidade de suprir a necessidade de atendimento especializado no domicílio de paciente parcialmente dependente e de baixa mobilidade. A assistência *Home Care* na modalidade de assistência e/ou internação domiciliar, não visam suprir a carência da figura do cuidador e de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do paciente.

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.

**Considerando** o caráter progressivo da Doença de Parkinson, a baixa mobilidade, o risco de quedas e a dependência parcial de terceiros instaladas, a assistência multidisciplinar domiciliar intermitente é modalidade assistencial que beneficiará o paciente, refletindo em melhora de sua qualidade de vida.

O atual quadro clínico evolutivo do paciente recomenda a prestação de assistência ambulatorial, sob regime de assistência multidisciplinar domiciliar intermitente com a participação de profissionais conforme as exigências de cada momento clínico. É recomendável a elaboração de um plano de atenção domiciliar (PAD) para o paciente, com a especificação da frequência das

visitas domiciliares dos profissionais envolvidos (por exemplo: médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, etc).

Não foi identificado na documentação médica apresentada, nenhum cuidado / procedimento que exija a disponibilização de profissional de enfermagem para a sua realização. Todos os cuidados descritos / prescritos para o paciente e que subsidiaram à solicitação, são atribuições previstas e compatíveis com as atribuições do cuidador (com ou sem vínculo familiar).

O papel do cuidador pode variar de acordo com as necessidades específicas do paciente e do plano de cuidados estabelecido pela equipe de *Home Care*. O cuidador pode receber orientações e treinamentos dos profissionais de saúde do serviço de *Home Care* para garantir a segurança e o bem-estar do paciente, além de auxiliar nas atividades da vida diária, como higiene pessoal, alimentação, administração de medicamentos, acompanhamento em consultas médicas, entre outros.

A modalidade de assistência por tempo indeterminado nos moldes em que foi requerida, visa substituir a carência da presença do cuidador. A disponibilização de cuidador não é responsabilidade do sistema público e/ou suplementar de saúde.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

1) Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.*

2) Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar). Resolução Normativa n.º 465/2021 ANS.

3) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.

4) Guia Prático do Cuidador de Idoso. Ministério da Saúde. 2008.

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)

5) Resolução COFEN nº 186/1995.

[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995\\_4248.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html)

6) Resolução COFEN nº 358/2009.

[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias).

7) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.

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

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

[http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016\\_8124.html](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) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar. <https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.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%20FISIOTERAPEUTICA%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modificada.pdf>

20) 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>

21) 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>

#### **V – DATA:**

11/03/2024

NATJUS – TJMG