NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara da Fazenda Pública e Autarquias

COMARCA: Ipatinga

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008395

IDADE: 21 anos Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): S06.7, T90.8, Z74.1, Z93.0, Z93.1

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação continuada de cuidados básicos diários de suporte de vida, para paciente restrito ao leito, com dependência total e permanente do auxílio de terceiros.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicite informações técnicas acerca dos procedimentos/medicamentos disponibilizados para o caso como o dos presentes autos, encaminhando cópia da inicial e dos documentos imprescindíveis (relatórios médicos), solicitando resposta, com máxima urgência tendo em vista a situação do assistido.

Considerando a significativa debilidade funcional total e permanente apresentada pelo paciente, decorrente das sequelas neurológicas secundárias ao traumatismo craniencefálico grave sofrido em 25/03/2025, o mesmo tem indicação de receber serviço de Home Care na modalidade de assistência domiciliar, por tempo indeterminado.

Não foram identificados elementos técnicos indicativos da necessidade de serviço Home Care na modalidade de internação domiciliar por tempo indeterminado. Não foi identificada a prescrição / necessidade de execução de procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, exigindo a disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas, por tempo indeterminado.

O quadro clínico apresentado pelo paciente é compatível com assistência de enfermagem sem internação domiciliar, em assistência domiciliar.

Os cuidados de suporte necessários ao paciente (higiene pessoal, banho, troca de fraldas, alimentação e administração de medicação pela gastrostomia, alternância de posturas, entre outros), são compatíveis com a função / atribuição do cuidador treinado; estando indicada a disponibilização de um cuidador por tempo indeterminado.

A definição das especialidades e da frequência das visitas dos profissionais envolvidos na prestação da assistência multidisciplinar domiciliar, deve ser estabelecida através de um plano de atenção domiciliar individualizado (PAD), o qual deverá ser periodicamente revisto, em conformidade com as necessidades de cada momento clínico da evolução do quadro clínico do paciente.

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.

Gentileza reportar-se as demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente que sofreu traumatismo craniencefálico grave (hemorragia subaracnoidea + focos de hemorragia intracerebral, possível lesão axonal difusa), escala de coma de Glasgow 3 na cena, em acidente de ônibus (capotamento) no dia 25/03/2025.

Foi submetido a tratamento conservador pela neurocirurgia, permanecendo internado até 14/05/2025 (documento ID Num. 10525489186 - Pág. 112). Recebeu alta em respiração espontânea em ar ambiente através de traqueostomia, abertura ocular espontânea sem interação, dieta enteral industrializada por gastrostomia, indicação de suporte domiciliar e fornecimento de equipamentos e insumos assistenciais.

Consta que foi realizada visita domiciliar no dia 30/05/2025, e que o paciente se encontrava sob cuidados da mãe, restrito ao leito, em decúbito dorsal em cama hospitalar, com dependência total e permanente de terceiros para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Documento ID. Num. 10525489828 - Pág. 1, relatório da nutricionista orientando dieta enteral artesanal para o paciente, com suplemento industrializados.

Foi solicitada com urgência, a disponibilização de serviço Home Care, por médico não pertencente à equipe do hospital que assistiu o paciente durante a internação. Foi pedida a disponibilização de equipe multidisciplinar com técnico em enfermagem 24 horas/dia, visita médica mensal, visita de enfermeiro semanal, fisioterapia motora e respiratória três vezes/semana, fonoaudiologia três vezes/semanas e visita mensal de nutricionista, além de visita neurológica de urgência.

Foi também requerido o fornecimento de dieta industrializada (Isosource 1.440 Kcal/mL – 60 litros/mês) e Whey Protein, fraldas geriátricas tamanho M/G (120 – 180 unidades/mês), medicamentos de uso pela gastrostomia (Levetiracetam, losartana, propranolol, tiamina, Munvilax®, dipirona), cadeira de rodas, colchão pneumático, cama hospitalar, CPAP com umidificador, aspirador portátil, umidificador de ambiente e demais insumos.

"*Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida*".[4]

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.

Home Care é o termo em inglês para a assistência de profissionais da saúde realizadas no domicílio. Esse serviço visa abreviar e/ou evitar a hospitalização dos pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária e assistência especializada de profissionais da saúde. Dentro do conceito de *Home Care* existem inúmeras formas de

atendimento domiciliar, variando conforme as necessidades do paciente e a complexidade da assistência, e a necessidade ou não de realização de procedimentos exclusivos de profissionais da saúde habilitados.

O serviço / cuidado *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.

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 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.

"O **cuidador**, segundo a Portaria GM nº 963/2013, é a pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Essa ocupação integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. O cuidador é reconhecido como componente da atenção domiciliar, inclusive sua participação ativa é claramente prevista, em conjunto com a equipe profissional e familiares (BRASIL, 2013)".[15]

A figura do cuidador é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte de uma equipe de atenção domiciliar, conforme definido na Portaria GM nº 963/2013 do Ministério da Saúde - Brasil.

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.

O papel do cuidador varia de acordo com as necessidades específicas de cada paciente e do plano de cuidados domiciliar estabelecido pela equipe do serviço de *Home Care*. O cuidador deve 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 / realizar as atividades básicas da vida diária, tais como: higiene / vestuário pessoal, alimentação, administração de medicamentos, alternância de posturas, acompanhamento em consultas médicas, entre outros cuidados.

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.

A Resolução COFEN nº 766, de 05 de novembro de 2024, aprovou as normas e diretrizes para atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar.

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 atenção multidisciplinar ambulatorial na modalidade de assistência domiciliar*.

No **caso concreto**, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade realização no domicílio, de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional técnico em enfermagem, por período de parcial ou integral, por tempo indeterminado. O quadro clínico apresentado pelo paciente é compatível com assistência de enfermagem sem internação domiciliar, em assistência domiciliar.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional ambulatorial / domiciliar, tem por finalidade suprir a necessidade de atendimento

especializado no domicílio a longo prazo, para paciente crônico, frágil restrito ao leito ou de baixa mobilidade. A assistência *Home Care*, quer seja na modalidade de internação ou assistência / atendimento domiciliar, não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do paciente.

A atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos. O processo de atenção domiciliar é complexo, requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde, e não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade apresentado pelo 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, paliação 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.

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 paliação, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação a humanização da assistência e a maior autonomia possível do usuário (paciente), família e cuidador.

O *Programa Melhor em Casa*, faz parte da rede de atenção à saúde do SUS e é dedicado ao cuidado multiprofissional em saúde, pelo tratamento de doenças, prevenção de sequelas, cuidados paliativos e reabilitação intensiva. O Programa é uma iniciativa que oferece cuidado domiciliar para pacientes que precisam de atenção contínua, evitando internações prolongadas e promovendo o conforto e a recuperação no ambiente familiar. Ele é voltado para pessoas que estejam passando por um momento de piora de sua doença

e, por limitações temporárias ou permanentes, e que não conseguem se deslocar até uma unidade de saúde. Sem essa possibilidade de atendimento domiciliar, essas pessoas poderiam necessitar de hospitalização. Além disso, o programa ajuda os pacientes que estão hospitalizados a terem alta mais rápido, permitindo que continuem o tratamento em casa, quando for possível.

A inclusão no Programa, se faz pela procura do usuário/cuidador à unidade de saúde, que fará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender às necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento de insumos.

O acompanhamento e cuidados diários de higiene pessoal, banho, troca de fraldas, alimentação, medicação, alternância de posturas, entre outros cuidados indicados para o paciente, não demandam / exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional técnico de enfermagem por período integral, por tempo indeterminado.

Esse acompanhamento e cuidados diários 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. Esse suporte é realizado através da assistência multidisciplinar, realizada através das visitas programadas dos profissionais da saúde definidas no PAD.

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

A dispensação gratuita das fraldas está prevista aos idosos e às pessoas com deficiência. Para a obtenção deste benefício o paciente ou responsável 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.

A **cama hospitalar** é uma cama especialmente concebida para o repouso 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. Elas podem ser manuais e motorizadas/elétricas.

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.

O fornecimento de cama e colchão hospitalar, 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 regular 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).[2]

Dieta enteral / suplemento industrializado: 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, e devem ser a primeira opção para o uso domiciliar.

A dieta artesanal tem o inconveniente de necessitar de manipulação em condições sanitárias adequadas para evitar sua contaminação, pois está sujeita a maior risco de contaminação microbiológica e pode apresentar deficiências de micro e macro-nutrientes em sua composição se não for adequadamente preparada. 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 dieta artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar.

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 em Belo Horizonte, construídas para regulamentar a disponibilização de dieta industrializada.

Não há previsão de obrigatoriedade de fornecimento de dieta enteral industrializada para uso domiciliar, pelo SUS e/ou saúde suplementar (ANS). Existem alguns programas municipais de fornecimento de dieta industrializada para pacientes do SUS.

CPAP - Continuous Positive Airway Pressure, (pressão positiva contínua na via aérea): é um equipamento de suporte ventilatório não invasivo. Fornece

pressão positiva contínua sobre as vias aéreas (40-60L/min) através de um tubo flexível, para uma máscara nasal firmemente aderida à face do indivíduo, mantendo-as abertas, ou seja, força a entrada de ar pelas vias aéreas do paciente. *A adesão ao uso do CPAP é pequena / sub-ótima entre os pacientes que tentam usá-lo*. "*Apesar de se considerar como uma adesão adequada o uso de CPAP por pelo menos 4 h/noite por pelo menos 70% das noites, existe uma relação dose resposta entre o uso de CPAP e diversos desfechos clínicos, com maior benefício para aqueles que usam CPAP por um maior número de h/noite*".[56]

As três categorias dos dispositivos CPAP são:

• CPAP básico: são os modelos mais simples, eles contam com os recursos básicos para o uso do dispositivo.

• CPAP com alívio de pressão expiratória: são dispositivos capazes de identificar o momento exato da expiração e, assim, reduzirão o fluxo para que o ar seja exalado com mais facilidade. Este recurso é ajustado em três níveis, podendo ser configurado para mais ou menos alívio durante a expiração.

• CPAP automático: também chamado de APAP ou auto-CPAP, esses modelos ajustam o fluxo de ar a cada inspiração e expiração, baseados nas necessidades de cada momento da respiração do paciente. Porém, o dispositivo trabalhará sempre na pressão mínima ideal, para evitar problemas respiratórios como por exemplo, ronco e apneia do sono obstrutiva.

A indicação de uso do CPAP pela ANVISA é para o tratamento de distúrbios respiratórios em pacientes com quadro de carência respiratória em ambientes de UTI, pronto atendimento, atendimento domiciliar e pacientes com apneia obstrutiva do sono com respiração espontânea.

O CPAP é passível de disponibilização pelo SUS através da atenção domiciliar, sob o código de procedimento 03.01.05.001-5 (Acompanhamento e avaliação domiciliar de paciente submetido a ventilação mecânica não invasiva).

Sendo disponibilizado CPAP automático com umidificador, dispensa-se o uso simultâneo de umidificador de ambiente.

Serviços de Saúde e respectivos ambientes assistenciais passíveis de financiamento no SIGEM	
Serviços	**Ambientes**
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	Atenção Domiciliar
Fisioterapia tipo III	Box de Terapia
Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (sem UTI NN)	Área Coletiva de Tratamento
Hospital Geral/ Hospital Especializado	Berçário de Cuidados Intensivos-UTI Área Coletiva de Tratamento
Serviços de Transplante	Berçário de Cuidados Intensivos-UTI Área Coletiva de Tratamento
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II e III	Área Coletiva de Tratamento

"*O CPAP é financiado pelo Ministério da Saúde (MS) para entidades públicas (Secretarias de Saúde, hospitais, etc.) e privadas sem fins lucrativos (entidades beneficentes), por meio de termos de cooperação, repasses do tipo fundo a fundo e convênios, que são instrumentos legais para a formalização de transferências voluntárias do MS para o aprimoramento do aparelhamento tecnológico do SUS. O CPAP não é um item dispensado pelo MS diretamente aos pacientes, mas sim financiado através dos instrumentos citados, cabendo à entidade solicitante a sua devida alocação e manutenção junto aos pacientes que necessitam de terapia suportada pelo equipamento. A utilização do CPAP na atenção domiciliar é regulamentada pela Portaria MS Nº 963, de 27 de maio de 2013*".[57]

Medicamentos:

Levetiracetam 750 mg: medicamento não disponível na rede pública. É indicado para o tratamento de crises convulsivas focais/parciais, com ou sem generalização secundária, em pacientes com 16 anos ou mais e diagnóstico recente de epilepsia. O SUS possui protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da epilepsia, com alternativas farmacológicas protocolares. No caso concreto, não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico do levetiracetam em substituição às alternativas farmacológicas regularmente disponíveis no SUS. Vide Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.[58]

Losartana potássica 50 mg: medicamento disponível na rede pública através do componente básico de assistência farmacêutica, na apresentação de

comprimidos de 50 mg. Vide RENAME 2024.

Cloridrato de Propranolol 40 mg: medicamento disponível na rede pública através do componente básico de assistência farmacêutica, na apresentação de comprimidos de 10 e 40 mg. Vide RENAME 2024.

Cloridrato de Tiamina 300 mg: medicamento disponível na rede pública através do componente básico de assistência farmacêutica, na apresentação de comprimidos de 300 mg. Vide RENAME 2024.

Dipirona 500 mg: medicamento disponível na rede pública através do componente básico de assistência farmacêutica, na apresentação de solução oral e comprimidos de 500 mg, e solução injetável de 500 mg/mL. Vide RENAME 2024.

Munvilax® (macrogol 3350 + bicarbonato de sódio + cloreto de sódio + cloreto de potássio): medicamento não disponível na rede pública. É um laxativo do tipo osmótico com eletrólitos, não irritante. Promove o amolecimento das fezes e o aumento da frequência da evacuação, pela sua capacidade de reter água no interior do intestino. É indicado para o tratamento da constipação intestinal funcional e impactação fecal (em adultos e crianças a partir de 7 anos de idade) e preparo intestinal antes de exames (endoscópicos ou radiológicos) e cirurgias.

Assistência multidisciplinar domiciliar: o paciente apresenta quadro neurológico sequelar irreversível, restrito ao leito, portanto, tem indicação de receber assistência domiciliar em conformidade com cada momento clínico de sua evolução. As especialidades envolvidas e a frequência das visitas, devem ser estabelecidas através do (PAD – plano de atenção domiciliar) individualizado e revisado periodicamente, conforme às necessidades de cada momento clínico da evolução do paciente.

Considerando o quadro atual apresentado pelo paciente, não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral (24 horas), por tempo indeterminado. Os cuidados diários necessários ao paciente, são compatíveis com as atribuições de um cuidador treinado.

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

5) Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 766, de 05 de novembro de 2024. *Aprova as normas e diretrizes para atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar.*
https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-766-de-05-de-novembro-de-2024/

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%AAncias.

7) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.
https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf

8) Parecer Técnico COREN-PE nº 041/2016.
http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016_8124.html

9) Parecer Técnico nº 47/2015. COREN-SE.
http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-472015_8196.html

10) Parecer Técnico COREN-DF 24/2011.
https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-242011/

11) Resolução COFEN nº 186/1995.
http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html

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) Atenção Domiciliar na Atenção primária à Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf

Caderno de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa. A segurança do hospital no conforto da sua casa. Ministério da Saúde. 2013.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

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

Parecer Técnico COREN-DF Nº 05/2018. (Solicitação de revisão do parecer nº 14/2011 COREN-DF.) O cuidador familiar pode ser capacitado por enfermeiro para realizar procedimento de aspiração de cânula de traqueostomia na atenção domiciliar?
https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/04/parecer-tecnico-n_05_2019-procedimento-de-aspiracao-de-canula-de-traqueostomia-na-atencao-domiciliar.pdf

Parecer COREN-SP Nº 021/2023, Competência dos profissionais de enfermagem quanto ao procedimento de aspiração de secreção por cânula de traqueostomia.
https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2023/09/PARECER_021_2023_-Procedimento-de-aspiracao-de-secrecao-por-canula-de-traqueostomia-REVISADO.pdf

15) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

16) Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html
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) 2022 Brazilian Thoracic Association recommendations for long-term home oxygen therapy. 2022. DOI:10.36416/1806-3756/e20220179.
https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fwRszYw8csHHp5xsqHqJPvP/?lang=pt&format=pdf
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) 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
21) 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
22) 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
23) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar. https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf
24) Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar no DF. 2023

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo_de_Oxigenoterapia_Domiciliar_no_DF+%281%29.pdf/7f693dfe-4559-3099-7e73-6b2743637c4f?t=1680088468936

25) Protocolo do Programa de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (01/2017). Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%BAblica/Oxigenoterapia/PROTOCOLO%20DO%20PROGRAMA%20DE%20OXIGENOTERAPIA%20DOMICILIAR%20PROLONGADA%2001%202017.pdf

26) Anexo II (ABEMID E NEAD). Critérios de elegibilidade para avaliação da inclusão no Programa de Internação Domiciliar. Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial – ABEMID. https://www.senado.leg.br/transparencia/SECRH/BASF/Anexo/A_02_2014_1005852.pdf

27) Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar. https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-FINAL-SITE.pdf

28) O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2):317-25. www.ee.usp.br/reeusp/ https://www.scielo.br/j/reeusp/a/35KzF4DTCvJbfbhs5nFQyVG/?lang=pt&format=pdf

29) Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas, Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2551429/mod_resource/content/1/KATZ%20dez%202015.pdf

30) Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição revisada e ampliada https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf

31) Linha de Cuidados e Diretrizes Assistenciais. Caderno 2. Cuidados Paliativos. FHEMIG. file:///C:/Users/f0263285/Downloads/Linha%20de%20Cuidado%20e%20Diretrizes%20Assistenciais%20-%20Cuidados%20Paliativos%20%C2%A0(caderno%C2%A0n%C2%BA2).pdf

32) Protocolo. Condutas em Cuidados Paliativos. https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/01/PR.CCPT_.001-00-Condutas-em-Cuidados-Paliativos.pdf
33) Cuidados paliativos - Cuidados de fim de vida. https://protocolos.hcrp.usp.br/exportar-pdf.php?idVersao=1230
34) Cuidados Paliativos. Orientações aos Profissionais da Saúde. https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orienta%C3%A7%C3%B5es-aos-profissionais-de-sa%C3%BAde.pdf
35) Protocolo Multidisciplinar de atendimento ao paciente em cuidados paliativos. https://www.unimed.coop.br/documents/989687/7055291/PTL-MULTI-13.pdf/c522b73a-f558-40cd-9bdf-5101af1dac25
46) Protocolo Cuidados Paliativos. https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf
47) O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Ministério da Saúde. 2012. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
48) Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica. Ministério da Saúde 2014. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf
49) Cuidado à pessoa em uso de cateter urinário. Orientações para o autocuidado apoiado. Prefeitura do Rio de Janeiro. https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/CateterUrinario_Folheto_Final.pdf
50) Cuidado domiciliar com sonda de cistostomia suprapúbica: Um relato de experiência. Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas, 2019; 3(2)53-57. DOI: http://dx.doi.org/10.31512/ricsb.v3i2.2845

51) Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão. Núcleo de Segurança do Paciente. FECCON. Amazonas. 2023.
https://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/PROTOCOLO-DE-LESAO-POR-PRESSAO.pdf
52) Feridas Crônicas.
http://eerp.usp.br/feridascronicas/recurso_educacional_lp_1_4.html
53) Manual para o cuidado domiciliar. Mato Grosso do Sul. 2021.
https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/642879/2/LIVRO%20-%20MANUAL%20PARA%20O%20CUIDADO%20DOMICILIAR.pdf
54) Parecer COREN-SP 041/2012 – CT PRCI n° 99.505/2012.
https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2012_41.pdf
55) Cartilha de cuidados domiciliares: dispositivos urinários. 2020.
https://cdn.campogrande.ms.gov.br/portal/prod/uploads/sites/30/2021/04/cartilha-de-cuidados-domiciliares-dispositivos-urinarios.pdf
56) Consenso em Distúrbios Respiratórios do Sono da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2022;48(4):e20220106.
https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/PdHyqJ94dYK85CHvcBHKDnb/?format=pdf&lang=pt
57) Ficha Técnica CPAP – CONITEC, última atualização 19/05/2015.
http://conitec.gov.br/images/FichasTecnicas/CPAP.pdf
58) Portaria Conjunta Nº 17, de 21 de junho de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia.
https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_epilepisia_2019.pdf/view

V – DATA:

02/09/2025 NATJUS – TJMG