

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara da Fazenda Pública e Autarquias

COMARCA: Ipatinga

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005072

IDADE: 86 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G30.8

PEDIDO DA AÇÃO: *Home care*, medicamentos de uso oral domiciliar, fraldas geriátricas, dieta enteral industrializada, suplementação de oxigênio, cama hospitalar e demais insumos.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Assistência multidisciplinar domiciliar contínua, com disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia por tempo indeterminado, para realização de cuidados à paciente com dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades da vida diária.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicito informações técnicas acerca dos procedimentos/medicamentos disponibilizados para o caso como o dos presentes autos.

R.: Considerando a documentação apresentada, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados que exijam a execução por profissional de enfermagem. O quadro clínico apresentado pela paciente, é compatível com a modalidade de assistência domiciliar (conjunto de atividades multidisciplinares intermitentes de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio).

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, apesar das morbidades e fragilidade apresentada pela paciente, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais sob regime de internação domiciliar como foi requerido, com disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia.

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 requeridos para uso ambulatorial domiciliar, para o tratamento farmacológico das doenças apresentadas pela 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).

Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de fibrilação atrial crônica, intolerância a lactose, que se encontra acamada há mais de 03 anos, com quadro demencial avançado secundário à Doença de Alzheimer, alimentando-se exclusivamente através da via enteral com dieta industrializada, em tratamento poli farmacológico por via oral, totalmente dependente de terceiros para todas as atividades básicas e

instrumentais da vida diária.

Consta que a paciente esteve em tratamento sob regime de internação hospitalar no período de 11 a 18/11/2023, devido a quadro de pneumonia. Recebeu alta melhorada, com indicação de manutenção de oxigênio a 1L/min no domicílio. Consta que os familiares já dispunham do oxigênio domiciliar e que estavam preparados para o retorno da paciente para o domicílio.

Foi solicitada assistência multidisciplinar integral (24 horas), com a disponibilização de nutricionista 01 vez/mês, fisioterapia motora/respiratória 03 vezes/semana, fonoaudiólogo (frequência não especificada), médico clínico 01 vez/mês, supervisão de enfermagem 01 vez/mês e técnico em enfermagem período integral de 24 horas no domicílio, para melhor controle do quadro.

“Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Desta forma, a presença do cuidador nos lares têm sido mais frequente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. Cabe ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares”. (4)

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 AD 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 - Atenção Domiciliar - *“Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu*

próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida". (4)

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

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 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 pela 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 pela paciente. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional de enfermagem 24 horas/dia por tempo indeterminado (situação que caracteriza internação domiciliar).

A elegibilidade para a internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos de necessidade de execução de cuidados / procedimentos **exclusivos** de profissionais habilitados, e também depende que a condição clínica do paciente permita, isto é, seja compatível com a execução dos cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD (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 a paciente é compatível com a prestação de serviço de atenção domiciliar ambulatorial na **modalidade de assistência domiciliar**. Não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais com disponibilização de profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem por período integral (24 horas) por tempo indeterminado.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar intermitente, 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 da paciente, o plano de atenção domiciliar (PAD) 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 à 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 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.

“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 abcesso, 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)”.⁽¹⁷⁾

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 dos insumos.

Suplementação de Oxigênio no Domicílio:

A CONITEC em 04/07/2012 recomendou a incorporação do procedimento oxigenoterapia domiciliar para o tratamento da DPOC, conforme PCDT a ser elaborado pelo Ministério da Saúde. Os pacientes candidatos à oxigenoterapia domiciliar devem se encontrar clinicamente estáveis e com terapia farmacológica otimizada.

Em algumas doenças / quadros clínicos é preciso que se faça a suplementação de oxigênio por cateter nasal ou máscara, em pacientes que preencham critérios específicos. As indicações clássicas de oxigenoterapia domiciliar prolongada (oxigenoterapia de forma contínua por no mínimo 15h/dia) seguem o Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2022).

Nos dias atuais a oxigenoterapia domiciliar por tempo prolongado tem sido recomendada para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia. No âmbito do SUS e da saúde suplementar, existem opções disponíveis para a oxigenoterapia domiciliar, como o uso de cilindros de oxigênio, dispositivos de máscara ou cateter, e concentradores de oxigênio.

Os critérios para a indicação da oxigenoterapia domiciliar na saúde suplementar incluem:

- PaO₂ inferior a 55 mmHg, ou
- SpO₂ inferior a 88%, ou
- PaO₂ entre 55 e 59 mmHg ou SpO₂ inferior ou igual a 89% e na presença de sinais de hipertensão arterial pulmonar/cor pulmonale (policitemia, edema periférico, turgência jugular, segunda bulha cardíaca hiperfonética, eletrocardiograma com onda p pulmonalis). Havendo indicação de oxigenoterapia de longa duração, é necessário estabelecer o fluxo de oxigênio necessário para manter PaO₂ superior a 60 mmHg e SpO₂ superior a 90%, por meio de um teste com cateter nasal por pelo menos 30 minutos.

No caso em tela, não foram apresentados elementos técnicos que permitam avaliar segundo as diretrizes técnicas atuais, a necessidade de manutenção por tempo indeterminado de oxigenoterapia suplementar domiciliar a 1L/minuto para a paciente.

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 pela 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.

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 para modalidade de assistência domiciliar, modalidade essa indicada para a paciente em tela.

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

A cama e colchão hospitalar não são contemplados na tabela SIGTAP, portanto, não são regularmente fornecidos pelo SUS. Em alguns municípios, os equipamentos hospitalares são fornecidos na forma de empréstimo, conforme necessidade do usuário e disponibilidade local. A cama hospitalar está entre os equipamentos que apresentam dificuldades de adaptação no domicílio devido ao seu tamanho, peso e necessidade de transporte. Além disso, trata-se de um bem material oneroso e existem diferentes tipos de camas hospitalares, cada uma com distintos propósitos para atender às necessidades dos pacientes e profissionais de saúde, o que pode dificultar a disponibilidade específica para cada caso.

Medicamentos de uso oral domiciliar:

“O Alzheimer é uma doença neurodegenerativa progressiva e que se manifesta através da deterioração da função cognitiva e da memória de curto prazo, além de uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais que se agravam com o tempo. A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência e ainda não se sabe o mecanismo fisiopatológico que é responsável por desencadear a doença, porém acredita-se que seja uma doença geneticamente determinada”. (30)

“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).

A demência é uma síndrome causada por várias doenças de curso lento, progressivo, evolutivo e de natureza crônica, sendo que o subtipo Doença de Alzheimer (DA) corresponde à maior parte dos casos diagnosticados (Burlá, 2015)”. (31)

Ainda não há tratamentos / medicamentos que curem ou mesmo impeçam a progressão da Doença de Alzheimer (DA). 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. O tratamento multidisciplinar para a Doença de Alzheimer, busca tratar os sinais e sintomas da enfermidade, e com isto melhorar a vida dos pacientes

O SUS disponibiliza através de critérios estabelecidos em protocolo, opções de medicamentos para o tratamento farmacológico da Doença de Alzheimer, ofertados através do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF). Atualmente, os fármacos mais comumente utilizados

no tratamento farmacológico da (DA) são os inibidores de acetilcolinesterase representados por donepezila, rivastigmina, galantamina, além deles, a memantina é também utilizada. São drogas que atuam retardando a destruição celular e, conseqüentemente, retardando a progressão da doença.

Alternativa farmacêutica: medicamentos que possuem o mesmo princípio ativo, não necessariamente na mesma dosagem, forma farmacêutica, natureza química (éster, sal, base), porém, oferecem a mesma atividade terapêutica.

Alternativa terapêutica: medicamentos que contêm diferentes princípios ativos, indicados para um mesmo objetivo terapêutico ou clínico, mesma indicação e, almejando o mesmo efeito terapêutico.

Componente Básico: Os medicamentos do componente básico de assistência farmacêutica (CBAF), são aqueles destinados à Atenção Primária à Saúde. São adquiridos pelo Governo do Estado com recurso tripartite - federal, estadual e municipal, e distribuídos para os municípios do estado de Minas Gerais, cuja responsabilidade pelo fornecimento ao paciente é essencialmente do Município.

O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, ocorre por meio da Atenção Primária à Saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Farmácias Comunitárias ou unidades da Farmácia de Minas. A dispensação desse grupo de medicamentos é responsabilidade dos municípios.

Componente Especializado: Os medicamentos do componente especializado de assistência farmacêutica (CEAF), visa garantir no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado, com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, e cujo fornecimento ao paciente é responsabilidade essencialmente do Estado.

O acesso aos medicamentos do Componente Especializado, fornecido através de protocolo, ocorre nas 28 Farmácias das Regionais de Saúde,

mediante deferimento de processo administrativo de solicitação de medicamento. Os medicamentos de alto custo de uso contínuo devem ser cadastrados no Programa de Medicamentos Excepcionais. Por causa do custo elevado, sua dispensação segue regras e critérios específicos, como diagnóstico, monitorização/ acompanhamento, esquemas terapêuticos, entre outros.

Flavonid® (diosmina e esperidina): A associação medicamentosa Diosmina + Hesperidina não está disponível na rede pública (RENAME 2022). A associação medicamentosa tem indicação de bula para o tratamento das manifestações da doença venosa crônica, funcional e orgânica dos membros inferiores, tais como varizes, edema e sensação de peso nas pernas, estados pré-ulcerosos, úlceras varicosas e úlceras de estase. Também é indicada para o tratamento dos sintomas funcionais relacionados à insuficiência venosa do plexo hemorroidário. O SUS não possui alternativa farmacológica substituta. Não foi informada qual a finalidade terapêutica pretendida para o caso concreto. Não foram apresentados elementos técnicos que possibilitem afirmar imprescindibilidade de uso do medicamento por tempo indeterminado.

Pantoprazol: medicamento não disponível na rede pública, em substituição o SUS disponibiliza através do componente básico de assistência farmacêutica, alternativa da mesma classe farmacológica, o omeprazol cápsulas de 10 e 20 mg, vide RENAME 2022. Os estudos que compararam a eficiência do omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, esomeprazol e rabeprazol na redução da acidez do estômago, obtiveram resultados equivalentes. Não foi identificado elemento técnico indicativo de imprescindibilidade de uso específico do medicamento requerido em detrimento da alternativa terapêutica regularmente disponível na rede pública.

Cloridrato de Sertralina: medicamento não disponível na listagem nacional da rede pública, vide RENAME 2022. Alguns municípios disponibilizam o fármaco. O cloridrato de sertralina faz parte dos medicamentos antidepressivos classificados como Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS), a semelhança do Cloridrato de Fluoxetina (disponível no

SUS) e outros da mesma classe farmacêutica. Age promovendo o aumento da disponibilidade da serotonina na fenda sináptica, o que pode explicar o seu efeito antidepressivo. Os usos aprovados pela ANVISA são: em adultos este medicamento está indicado no tratamento da depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com ou sem história de mania. Tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC); Tratamento do Transtorno do Pânico; Tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); Tratamento da Síndrome da Tensão Pré-Menstrual (STPM) e/ou Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM); Tratamento de fobia social (Transtorno da Ansiedade Social). Em crianças e adolescentes (6 a 17 anos) está indicado apenas no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

Como alternativa o SUS oferece os medicamentos carbonato de lítio (estabilizador de humor), cloridrato de amitriptilina, cloridrato de clomipramina, cloridrato de nortriptilina (antidepressivos tricíclicos), cloridrato de fluoxetina (antidepressivo inibidor da receptação da serotonina).

No **caso concreto**, não foi informada qual a finalidade terapêutica pretendida. Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico da sertralina, em detrimento das alternativas regularmente disponíveis no SUS.

Succinato de Metoprolol: medicamento disponível na rede pública, através do componente básico de assistência farmacêutica, cuja responsabilidade pela disponibilização é do município. É indicado no tratamento da hipertensão arterial sistêmica, como adjuvante no tratamento da insuficiência cardíaca crônica sintomática, e nas alterações do ritmo cardíaco, tratamento de manutenção após infarto agudo do miocárdio.

Somalgin® (ácido acetilsalicílico tamponado): o ácido acetilsalicílico está disponível na rede pública em sua forma básica, através do componente básico de assistência farmacêutica. A forma tamponada não está disponível no SUS.

Acestiticisteína: medicamento não disponível na rede pública. É um

expectorante indicado quando se tem dificuldade para expectorar e há muita secreção densa e viscosa, tais como bronquite aguda, bronquite crônica e suas exacerbações (piora do quadro clínico e complicações), doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia, colapso/atelectasias pulmonares, mucoviscidose, e outras. Também é indicado para intoxicação acidental ou voluntária por paracetamol.

Depakote® (divalproato de sódio): medicamento não disponível na rede pública. Alguns municípios disponibilizam o fármaco. Tem indicação de bula para o tratamento de epilepsia, episódios de mania no transtorno afetivo bipolar, e prevenção da enxaqueca. Seu mecanismo de ação ainda não é totalmente conhecido, mas sua atividade parece estar relacionada com o aumento dos níveis do ácido gama-aminobutírico (GABA) no cérebro.

Não foi informada qual a finalidade terapêutica pretendida para o caso em tela.

Domperidona: medicamento não disponível na rede pública através da RENAME 2022. A domperidona é habitualmente utilizada no tratamento das síndromes dispépticas frequentemente associadas a um retardo de esvaziamento gástrico, refluxo gastroesofágico e esofagite; náuseas e vômitos de origem funcional, orgânica, infecciosa ou alimentar ou induzidas por radioterapia ou tratamento medicamentoso (anti-inflamatórios, antineoplásicos; e náuseas e vômitos induzidos pelos agonistas dopaminérgicos usados no tratamento da Doença de Parkinson como a L-dopa e bromocriptina.

As opções terapêuticas para o tratamento de dispepsia / distúrbios gastrointestinais disponíveis no SUS, são a metoclopramida, a ondansetrona, e o omeprazol.

Não foi informada qual a finalidade terapêutica pretendida para o caso em tela.

Furosemida: medicamento disponível na rede pública através do componente básico de assistência farmacêutica, cuja responsabilidade pela disponibilização é do município. Apresenta efeito diurético e anti-hipertensivo.

A modalidade de assistência multidisciplinar nos moldes em que foi requerida, configura solicitação / situação de internação domiciliar por tempo indeterminado, para substituir a necessidade da presença de um cuidador por tempo integral. Internação domiciliar ou hospitalar, não são modalidades assistenciais / cuidado especializado prescritos por tempo indeterminado.

Os cuidados e o acompanhamento 24 horas/dia indicados para a paciente, não demandam e/ou exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional da enfermagem. Todos os cuidados e o acompanhamento diário necessário à paciente, são atribuições compatíveis com a figura do cuidador, que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte técnico de uma equipe de atenção domiciliar.

A autora é paciente idosa restrita ao leito, com quadro demencial avançado, possui dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades da vida diária. Necessita da presença de um cuidador por 24 horas e de assistência multidisciplinar domiciliar intermitente, a ser definida através de um plano de atenção domiciliar (PAD) elaborado e revisado periodicamente, com a especificação da frequência das visitas domiciliares dos profissionais envolvidos, conforme a evolução e a necessidade de cada momento clínico.

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) Resolução COFEN nº 186/1995.

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.

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) 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 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/augustocesar/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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf
- 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>
- 22) Agência Nacional de Vigilância Sanitária Diretoria Colegiada. Resolução – RDC nº 21, de 13 de maio de 2015. Regulamento Técnico sobre Fórmulas Para Nutrição Enteral, seção I do capítulo III da RDC21/2015. DOU. 2015; 91(seção1):28-31. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/RDC_21_2015.pdf/df60e69d-974d-4204-9fe7-74e8943a135a.
- 23) Parecer-técnico do Conselho Federal de Nutricionistas 2012. Disponível em: <http://www.crn8.org.br/noticias/2012/parecertecnico.pdf>.

24) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília. Informativo técnico sobre a terapia nutricional enteral domiciliar, com foco para a dieta. Brasília 2016. 8p. Disponível em: [ecos-rede nutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1553](https://ecos-rede.nutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1553).

25) Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para dispensação fórmulas alimentares para adulto e idoso ADULTOS E IDOSOS. http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_dispensacao_formulas_alimentares_adultoseidosos.pdf.

26) Bogoni A CRK. Atenção domiciliar a saúde: proposta de dieta enteral artesanal com alimentos de propriedades funcionais. 2012.133f Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, PR. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/mestrado/Anna%20Claudia%20da%20Rocha%20Klarmann.pdf>.

27) Maniglia FP, Pagnani ACC, Nascimento GG. Desenvolvimento de dieta enteral artesanal com propriedades funcionais. Rev Bras Nutr Clin. 2015; 30(1):66-70. <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/12-Desenvolvimento-de-dieta-enteral.pdf>.

28) 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

29) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Alzheimer, Portaria Conjunta SAS/MS nº 13 de 28 de novembro de 2017.

30) 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).

31) Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. Psicologia USP, 2020, volume 31, e180023.

32) 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/ymdlJghfWtCqdfhWMLkzpnK/?lang=en&format=pdf>

33) Portaria N° 937, de 7 de Abril de 2017. Altera a Portaria n° 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.

34) Parecer Técnico NAT n° 4512/2021. NATJUS TJMS.

35) Manual de Atenção Domiciliar. Associação Nacional de Hospitais Privados. Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar.

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2022/12/Manual_de_Atendimento_Domiciliar_versaofinal.pdf

Manual_de_Atendimento_Domiciliar_versaofinal.pdf

36) Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar. NEAD

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-FINAL-SITE.pdf

www.neadsaude.org.br/pdfs/5-FINAL-SITE.pdf

37) Tabela de avaliação para internação domiciliar – NEAD. Secretaria Integrada de Saúde. Senado Federal.

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.senado.leg.br/transparencia/SECRH/BASF/Anexo/A_02_2014_1005852.pdf

www.senado.leg.br/transparencia/SECRH/BASF/Anexo/

A_02_2014_1005852.pdf

38) RENAME 2022.

V – DATA:

15/02/2024

NATJUS – TJMG