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: 2024.0006731

IDADE: 84 anos Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): I10, E11

PEDIDO DA AÇÃO: *Home Care*

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Assistência multidisciplinar especializada domiciliar por tempo indeterminado, com disponibilização de profissional técnico em enfermagem em período integral (24 horas/dia), e visitas programadas dos demais profissionais da saúde.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1) O procedimento pleiteado faz parte do rol da ANS? **R.: Sim. 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 às 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 prescritos/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 Nº 9.656/1998, c/c art. 13, da RN Nº 465/2021).

2) Há demonstração da eficácia terapêutica à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico? **R.: A condição clínica apresentada pela paciente, não indica a necessidade de instituição de assistência *Home Care* na modalidade de internação domiciliar.**

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

4) Outras informações consideradas úteis na análise jurídica do caso, inclusive quanto à imprescindibilidade e urgência da medida. **R.: 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 por tempo indeterminado como foi requerido, com disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia, e de assistência domiciliar dos demais profissionais citados na documentação apresentada. Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.**

<u>III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS</u>:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idosa com diagnóstico hipertensão arterial sistêmica, grave redução da acuidade visual secundária à degeneração macular relacionada a idade, anemia crônica não especificada, com indicação de suplementação endovenosa de ferro,

hipotireoidismo, “pré diabetes mellitus” e “síndrome demencial interrogada”.

Consta que a paciente apresentou piora do estado geral em 2018, por ocasião do estabelecimento do diagnóstico de degeneração macular e redução acentuada da visão. Apresenta histórico recente de internação de 08 a 12/04/2024 (dengue) e de 24 a 28/04/2024 (astenia), hemoglobina de 9,5 g/dL, hematócrito 29,4%, hemácias 3,55 milhões/mm^3 em hemograma datado de 27/04/2024.

Foi relatado que em função da intensa redução da acuidade visual e das morbidades apresentadas pela paciente, a mesma encontra-se totalmente dependente do auxílio de terceiros para a realização das atividades da vida diária, tais como: medicar-se de forma autônoma (medicação oral), higiene pessoal, em uso de fraldas geriátricas para eliminação de suas necessidades fisiológicas, devido a limitação da mobilidade.

Foi requerida assistência multidisciplinar domiciliar especializada por tempo indeterminado, sob a alegação de que a paciente tem indicação de realização de suplementação parenteral venosa de ferro e hidratação venosa, e devido ao contexto familiar desfavorável (filho com quadro depressivo maior, sem condições de auxiliar a mãe).

Foi solicitada a disponibilização de profissional técnico em enfermagem 24 horas/dia, fisioterapia motora e respiratória 5 vezes/semana, fonoaudiologia 3 vezes/semana, assistência psicológica quinzenal e acompanhamento mensal de enfermeiro, nutricionista e médico. Observação: não foram apresentadas justificativas técnicas para a indicação dos profissionais especializados e da frequência de atendimento, conforme requerido.

Inicialmente é importante esclarecer que a indicação da suplementação de ferro parenteral possui caráter temporário, até transição para a suplementação por via oral. Não há nenhuma evidência clínica de necessidade de suplementação parenteral de ferro e hidratação venosa por tempo indeterminado.

Foi apresentada tabela de avaliação de complexidade assistencial da ABEMID, aplicada em 30/09/2024 com nota de 9 pontos. No entanto,

considerando os dados clínicos registrados na documentação apresentada, a pontuação da paciente é = 5, em virtude da dependência parcial do auxílio de terceiros para a realização das atividades da vida diária. Pacientes com pontuação ≤ 7, são considerados inelegíveis para iniciar ou se manter em programa de internação domiciliar.

É muito comum no cotidiano da atenção domiciliar do SUS e da saúde suplementar, deparar-se com situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes (multimorbidades, polifarmácia, alto grau de dependência, entre outros fatores), seja pelas condições sociofamiliares e econômicas em que se encontram.

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 (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.

"*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]

"*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]

Home Care - **Atenção Domiciliar:** O termo *Home Care* - Atenção Domiciliar (AD), configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde pública e/ou privada. Tem como principais usuários, pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária.

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.

O Cuidador que atua no contexto da Atenção Domiciliar conforme Portaria GM nº 963 do Ministério da Saúde, deve ser capacitado dentro de um programa de educação continuada, baseado em Procedimentos Operacionais Padrão e protocolos da instituição prestadora de cuidados domiciliar com o objetivo de melhorar o bem-estar e a segurança do paciente crônico.[14]

É necessário a manutenção de uma forma fácil de contato do cuidador com a equipe durante o período da assistência, para esclarecer possíveis dúvidas e solicitar visitas adicionais. O enfermeiro deve supervisionar o cuidador e/ou familiar, para verificar se ele está executando suas atividades de forma adequada.

A elegibilidade para a internação domiciliar depende do preenchimento de diversos critérios técnicos, essencialmente, da presença ou não da *necessidade de execução de cuidados / procedimentos críticos de execução* ***exclusiva*** *por profissionais de saúde habilitados*, e também depende que a condição clínica do paciente permita; isto é, que seja compatível com a execução dos cuidados profissionais no domicílio em período parcial ou integral. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD são os mais utilizados.

Considerando as referidas tabelas de avaliação para planejamento da atenção domiciliar, na tabela de complexidade assistencial da ABEMID, a classificação para a paciente em tela é = 5, e na tabela da NEAD a pontuação total da paciente = 4 (estado nutricional 1, alimentação ou medicações por via enteral 1 (assistida), Katz 1, internações no último ano 1, aspirações de vias aéreas superiores 0, lesões 0, medicações 0, exercícios ventilatórios 0, uso de oxigenioterapia 0, nível de consciência 0). Resultados de pontuação até 5 pontos (considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas).

GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR								
ESTADO NUTRICIONAL	0	EUTRÓFICO	1	SOBREPESO/EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO		
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3	POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0	INDEPENDENTE	1	DEPENDENTE PARCIAL	2	DEPENDENTE TOTAL		
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0	0 - 1 INTERNAÇÃO	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES		
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0	AUSENTE	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA		
LESÕES	0	NENHUMA **OU** LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES **OU** ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS		
MEDICAÇÕES	0	VIA ENTERAL	1	INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2	INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE		
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE				
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/DESORIENTADO	2	COMATOSO		
						PONTUAÇÃO FINAL:		

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: ( ) **Curativos** ( ) **Medicações Parenterais** ( ) **Outros Programas**	De 12 a 17 Pontos	Considerar **Internação Domiciliar 12h**
De 6 a 11 Pontos	Considerar **Atendimento Domiciliar Multiprofissional** (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)	18 ou mais Pontos	Considerar **Internação Domiciliar 24h**

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica ** Consulte ESCORE KATZ no verso. *** Excluso medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

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

Em relação ao escore Katz para avaliação da independência ou do grau de dependência para: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, realizar transferência / mudança de posturas, continência (urinar e evacuar) e alimentação, a pontuação da paciente corresponde a dependência parcial de terceiros.

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 multidisciplinar ambulatorial na modalidade de assistência*

domiciliar. No **caso concreto**, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade realização de procedimentos / cuidados profissionais com disponibilização de profissional técnico em enfermagem e/ou enfermeiro por período parcial ou integral por tempo indeterminado.

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, não é específico de patologia e ou grupo etário, e 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 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 dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento dos insumos.

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.

A ***Atenção Domiciliar*** (AD) é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a humanização da atenção à saúde, a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

A AD proporciona ao paciente um cuidado ligado diretamente aos aspectos referentes à estrutura familiar, à infraestrutura do domicílio e à estrutura oferecida pelos serviços para esse tipo de assistência. Dessa forma, evita-se hospitalizações desnecessárias e diminui o risco de infecções. Além disso, melhora a gestão dos leitos hospitalares e o uso dos recursos, bem como diminui a superlotação de serviços de urgência e emergência. Os pacientes que precisam de equipamentos e outros recursos de saúde e demandam maior frequência de cuidado, com acompanhamento contínuo, também podem ser assistidos pelo melhor em Casa.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção domiciliar, está organizada em três modalidades / níveis de complexidade (AD1, AD2 e AD3) definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos.

A Atenção Domiciliar 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; (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º, I).

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço (AD) está disponível no SUS e é oferecido de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família / Atenção Básica de referência da residência do paciente. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa.

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º, II).

O cuidado em casa é realizado pelas equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que incluem:

• Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD): Responsáveis por fornecer cuidados médicos, de enfermagem e outros serviços essenciais diretamente na residência do paciente.

• Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP): Oferecem suporte adicional às EMAD, visando garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de forma integrada e eficiente.

• Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação (EMAP-R): Focadas na reabilitação intensiva dos pacientes, auxiliando na recuperação e na melhoria da qualidade de vida através de terapias específicas e personalizadas. São exclusivamente para municípios com menos de 20.000 habitantes.

A EMAD (equipe multidisciplinar de atenção 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 individuais 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. Com a evolução / progressão do quadro, e ocorrendo períodos de agudização com alteração / flutuações da condição clínica do paciente, o plano de atenção domiciliar (PAD) deverá ser revisto e ajustado a cada momento clínico.

"*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]

Na documentação apresentada, não foi identificado nenhum cuidado / procedimento que exija a disponibilização de profissional de enfermagem em período parcial ou integral para a sua realização. As atividades da vida diária de alimentação, ministração da medicação, higiene e troca de fraldas, apoio/auxílio na mobilidade, entre outros; que subsidiaram às solicitações, são atribuições previstas e compatíveis com o cuidador treinado.

Todos os cuidados e o auxílio diário, necessários à paciente, são atribuições compatíveis com a figura do cuidador treinado, que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte de uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar.

Considerando a idade, as limitações parciais secundárias à acentuada redução da acuidade visual, gerando dependência parcial do auxílio parcial de terceiros, a prestação da assistência domiciliar multidisciplinar por tempo indeterminado, é modalidade assistencial preferível e compatível com o quadro apresentado por ela, refletindo em melhora da qualidade de vida para a paciente e seus familiares.

A suplementação parenteral de ferro, temporária por tempo limitado, pode ser realizada preferencialmente realizada em ambiente hospitalar, conforme prescrição médica específica, ou ser realizada pontualmente no domicílio, com disponibilização de profissional enfermeiro durante o período da infusão do ferro venoso.

O **fornecimento de fraldas geriátricas está previsto no SUS, e foi incluído 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. Não há previsão de obrigatoriedade de fornecimento de fraldas descartáveis para uso domiciliar pela saúde suplementar - ANS.

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 científico para tal especificação. Está previsto o fornecimento de até 4 fraldas por dia, o que totaliza 120 fraldas por mês. No caso em tela, não foram apresentados elementos técnicos que indiquem a necessidade de fornecimento de quantidade de fraldas acima da prevista na rede pública = 120 unidades/mês (quatro trocas por dia).

Medicamentos de uso ambulatorial domiciliar: O SUS disponibiliza através do componente básico e especializado de assistência farmacêutica, este último, sob critérios estabelecidos em protocolo, opções de medicamentos para o tratamento farmacológico das morbidades apresentadas pela paciente.

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.

Considerando os elementos técnicos apresentados, por tratar-se de quadro crônico progressivo, é possível afirmar que a presença do cuidador junto com a prestação de serviço *Home Care* na modalidade de assistência multidisciplinar domiciliar por tempo indeterminado, com a participação de profissionais de saúde em conformidade com as exigências de cada momento clínico, estabelecidas pelo PAD (plano de atenção domiciliar), propiciará maior qualidade de vida para a paciente.

É recomendável a elaboração e revisão periódica do PAD individualizado para a paciente, com a definição / especificação da frequência das visitas e das especialidades dos profissionais envolvidos na assistência domiciliar (por

exemplo: médico, enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, entre outros).

Na documentação apresentada, apesar das morbidades e baixa acuidade visual apresentadas pela paciente, não foi identificado nenhum cuidado / procedimento que exija a disponibilização de profissional de enfermagem 24 horas/dia por tempo indeterminado. Todos os cuidados descritos / prescritos para a paciente, são atribuições previstas e compatíveis com as atribuições de um cuidador treinado (com ou sem vínculo familiar).

Havendo alteração da situação clínica descrita na documentação apresentada, com instalação de necessidade de internação, e sendo possível / preferível 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 da saúde fora do ambiente hospitalar.

O plano de atenção / assistência individual domiciliar deve ser elaborado e atualizado periodicamente de acordo com as escalas de avaliação, a fim de avaliar a evolução do paciente e estabelecer os ajustes necessários a cada momento clínico, identificando quando for o caso, a necessidade de mudança na modalidade de assistência *Home Care*, podendo ocorrer alterações temporárias para internação domiciliar ou hospitalar.

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%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) 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) 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_melho

r_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) Portaria Nº - 29, de 25 de setembro de 2012. Torna pública a decisão de incorporar os medicamentos Budesonida, Beclometasona, Fenoterol, Salbutamol, Formoterol e Salmeterol; a Vacina contra Influenza; a Oxigenoterapia domiciliar e os Exames Diagnósticos para Deficiência de Alfa-1 Antitripsina para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Sistema Único de Saúde (SUS).
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

V – DATA: 01/11/2024 NATJUS – TJMG