

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiz de Direito Dr. Gustavo Obata Trevisan

**PROCESSO N.º:** 50025974220228130778

**CÂMARA/VARA:** Vara Única

**COMARCA:** Arinos

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** FGDR

**IDADE:** 96 anos

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** N 40, E 02

**PEDIDO DA AÇÃO:** Combodart® e outros

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Como opção de terapêutica farmacológica específica, substituta às alternativas terapêuticas regularmente disponíveis na rede pública - SUS

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 35851, 35562

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0003313

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

O medicamento prescrito é mesmo indicado para o tratamento da enfermidade do paciente? Os medicamentos estão incluídos na lista do SUS? Há algum medicamento da lista do SUS que possa substituir os medicamentos prescritos? Qual o protocolo recomendado pelo SUS para o tratamento da enfermidade? Outros esclarecimentos que julgar pertinentes.

**R.: Gentileza reportar-se às considerações abaixo.**

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de hiperplasia prostática benigna e hipotireoidismo, sendo pedido em caráter de urgência os medicamentos: Combodart® 05 mg 01 comprimido à noite; Retemic® 10 mg 01 comprimido à noite; Noripurum® 100 mg 01 comprimido antes no almoço e jantar, durante 90 dias; Betaistina 24 mg 01 comprimido de 12/12 horas se tonteira; Vesicare® 05 mg 01 comprimido pela manhã e suplemento alimentar Nutren Senior 375 g duas medidas no café da

manhã, almoço e jantar.

Não foi informado o tempo de evolução das doenças, e se foram feitas tentativas prévias de tratamento com as alternativas de terapêutica farmacológica, disponíveis na rede pública.

No Sistema Único de Saúde (SUS) as alternativas de terapêutica farmacológica de 1ª e 2ª linhas para o tratamento das várias doenças, são disponibilizadas por meio do componente básico e especializado da assistência farmacêutica. Esses fármacos são regulamentados e respondem pela primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema e pela garantia às limitações de fragmentação do acesso, financiamento e fragilidades no elenco de medicamentos, através de pactuação entre os entes federados.

A União, Estados e Municípios, têm a responsabilidade, competência e legitimidade para orientar e organizar as políticas públicas de saúde, pautadas pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Os medicamentos disponíveis no SUS estão inscritos na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e alguns são descritos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Estes medicamentos representam aqueles considerados essenciais pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir de estudos científicos que comprovam sua eficácia no tratamento de grande percentual de pessoas acometidas por uma determinada doença, devendo ser os medicamentos de primeira escolha ao se iniciar tratamento farmacológico.

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

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

**Componente básico (CBAF):** Os medicamentos do componente básico 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 direto ao paciente é essencialmente do Município.

**Componente Especializado (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.

**Componente Estratégico:** considera-se medicamentos estratégicos aqueles utilizados em doenças que configuram problemas de saúde pública, ou seja, com perfil endêmico e impacto sócio-econômico importante, cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas; cujo fornecimento ao paciente é responsabilidade essencialmente do Estado.

A **hiperplasia prostática benigna (HPB)** é uma condição clínica comumente encontrada na população idosa. A etiologia da hiperplasia prostática benigna é multifatorial e envolve hiperplasia de músculo liso, aumento da próstata e disfunção vesical, bem como estímulos do sistema nervoso central.

Apresenta-se com sintomas do trato urinário inferior definidos como sintomas de armazenamento: (polaciúria, urgência, noctúria e incontinência) e sintomas de micção: (fluxo fraco, gotejamento, disúria, esforço). As complicações comuns são progressão da doença e retenção urinária, que podem exigir terapia cirúrgica.

Os sintomas do trato urinário inferior são causados pela obstrução infravesical devido à hiperplasia prostática benigna, também conhecida como aumento prostático benigno, e ocorrem principalmente devido a 2 componentes: componente estático relacionado a um aumento no tecido prostático benigno que estreita o lúmen da uretra e um componente dinâmico, relacionado ao aumento no tônus muscular liso prostático mediado por receptores alfa-adrenérgicos.

Os sintomas relacionados à obstrução infravesical também podem ter contribuição de hiperatividade da bexiga.

O Escore internacional de sintomas prostáticos I-PSS (International Prostate Symptom Score), é ferramenta comumente utilizada na avaliação da gravidade dos sintomas. Se os sintomas ou a gravidade da doença justificam, inicia-se monoterapia ou terapia combinada, com um bloqueador do receptor alfa-adrenérgico (como exemplo: mesilato de doxazosina, tansulosina terazosina, alfuzosina e prazosina) e/ou um inibidor da 5-alfa redutase (como exemplo: finasterida, e dutasterida), ou ainda outros agentes, dependendo do perfil dos sintomas.

### Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (I-PSS - International Prostate Symptom Score)

Questionário auto-aplicado pelo homem com sintomas de trato urinário inferior.

|   |   | Nenhuma vez | Menos que 1 vez em cada 5 | Menos que a metade das vezes | Cerca de metade das vezes | Mais que a metade das vezes | Quase sempre |
|---|---|-------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------|
| 1 | No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após terminar de urinar? | 0           | 1                         | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 2 | No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente em menos de 2 horas após ter urinado?                  | 0           | 1                         | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 3 | No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?                        | 0           | 1                         | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 4 | No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?  | 0           | 1                         | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 5 | No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?                                      | 0           | 1                         | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
| 6 | No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?                                      | 0           | 1                         | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |
|   |   | Nenhuma     | 1 vez                     | 2 vezes                      | 3 vezes                   | 4 vezes                     | 5 vezes      |
| 7 | No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?                               | 0           | 1                         | 2                            | 3                         | 4                           | 5            |

|                                   |
|-----------------------------------|
| Escore I-PSS                      |
| Sintomas leves: 0 a 7 pontos      |
| Sintomas moderados: 8 a 19 pontos |
| Sintomas graves: 20 a 35 pontos   |

Referência: AVERBECK, M.; BLAYA, R.; SEBEN, R. R.; LIMA, N. G.; DENARDIN, D.; FORNARI, A.; RHODEN, E. L. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. Revista AMRIGS, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 471-477, 2010.

Fonte: TelessaúdeRS. Projeto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Há uma série de tratamentos que têm perfis de risco/benefício a serem considerados para orientar as estratégias de tratamento farmacológico com terapias específicas. O manejo de cada caso dependerá do tipo de sintoma predominante, dos achados clínicos e dos resultados de alguns exames complementares.

Os fármacos bloqueadores dos receptores alfa-adrenérgicos levam ao relaxamento dos músculos lisos do colo da bexiga e da uretra prostática, o que diminui os sintomas de obstrução urinária, causados pela hiperplasia prostática. Os fármacos inibidores da enzima 5-alfa redutase bloqueiam a conversão da testosterona para dihidrotestosterona. Isto, por sua vez, leva à redução do volume prostático, com melhora gradativa dos sintomas. Os sintomas da hiperplasia prostática costumam demorar a responder aos inibidores da 5-alfa redutase prescritos como monoterapia.

Se a condição não for tratada, o paciente tende a evoluir com piora progressiva dos sintomas e pode apresentar retenção urinária aguda, infecções recorrentes do trato urinário, hidronefrose e até mesmo insuficiência renal. O fracasso ou a intolerância ao tratamento clínico (farmacológico) ou complicações renais são indicações de intervenção cirúrgica.

**1) Combodart®** (cápsulas gelatinosas de liberação prolongada de dutasterida 05 mg + cloridrato de tansulosina 0,4 mg): medicamento não disponível na rede pública. Possui registro ativo na ANVISA e indicação de bula para o tratamento farmacológico e prevenção da progressão da hiperplasia prostática benigna (HPB), através do alívio dos sintomas, reduzindo o tamanho (volume) da próstata, melhorando o fluxo urinário e reduzindo o risco de retenção urinária aguda (RUA) e a necessidade de cirurgia relacionada à HPB. A terapia combinada, forneceu uma melhora nos sintomas, superior aos tratamentos isolados com cada um dos princípios ativos.

A dutasterida é um inibidor duplo da 5-alfa-redutase. Inibe as duas isoenzimas de 5-alfa-redutase, tipo 1 e tipo 2, que são responsáveis pela

conversão de testosterona para 5-alfa-diidrotestosterona (DHT). DHT é o principal androgênio responsável pela hiperplasia do tecido prostático glandular.

A tansulosina inibe os receptores alfa-1 adrenérgicos no estroma do músculo prostático liso e do colo da bexiga. Aproximadamente 75% dos receptores alfa-1 na próstata são do subtipo alfa-1a. A tansulosina aumenta a taxa máxima do fluxo urinário através do relaxamento muscular da próstata e da uretra, e assim aliviando a obstrução. Ela também melhora o complexo de sintomas irritativos e obstrutivos em que a instabilidade da bexiga e tensão dos músculos lisos do trato urinário inferior desempenham um papel importante. Bloqueadores alfa-1-adrenérgicos podem reduzir a pressão arterial diminuindo a resistência periférica.

As melhores evidências atualmente disponíveis, não demonstram vantagem clinicamente relevante da dutasterida em relação à finasterida.

Como alternativa, o SUS disponibiliza a finasterida (representante do grupo dos inibidores da 5-alfa redutase, e o mesilato de doxazosina (representante do grupo dos antagonistas / bloqueadores alfa-adrenérgicos), que foram incorporados à RENAME, e estão regularmente disponíveis na rede pública através do componente básico da assistência farmacêutica.

No caso concreto, não foram identificados elementos técnicos indicativos de refratariedade e/ou de contraindicação ao uso das alternativas farmacológicas regularmente disponíveis na rede pública.

**2) Retemic®** (comprimidos de cloridrato de oxibutinina 10 mg): medicamento não disponível na rede pública. É um agente antimuscarínico, um antiespasmódico urinário, que exerce seu efeito antiespasmódico diretamente sobre o músculo liso e também inibe a ação muscarínica da acetilcolina sobre a musculatura lisa. O medicamento aumenta a capacidade vesical, diminui a frequência das contrações não-inibidas do músculo detrusor e retarda o desejo inicial de urinar. Além disso, diminui a urgência e a frequência urinárias, tanto nos episódios de incontinência como nas fases de micção voluntária.

Possui registro ativo na ANVISA e indicação de bula para o tratamento farmacológico da incontinência urinária; urgência miccional; noctúria e incontinência urinária em pacientes com bexiga neurogênica espástica não-inibida e bexiga neurogênica reflexa; coadjuvante no tratamento da cistite de qualquer natureza e na prostatite crônica; nos distúrbios psicossomáticos da micção; em crianças de 5 anos de idade ou mais, para a redução dos episódios de enurese noturna.

**3) Vesicare®** (succinato de solifenacina 05 mg): medicamento não disponível na rede pública. O Succinato de solifenacina é um antagonista competitivo dos receptores muscarínicos com seletividade maior para a bexiga urinária que para as glândulas salivares in vivo. Receptores muscarínicos têm um papel importante em várias funções principais mediadas colinergicamente, incluindo contrações da musculatura lisa da bexiga urinária e estimulação da secreção salivar.

Possui registro ativo na ANVISA, com indicação de bula para o alívio dos sintomas de frequência urinária, incontinência urinária ou urgência associados com uma bexiga hiperativa.

Atualmente, há pouca evidência científica sobre a eficácia e segurança dos antimuscarínicos e qual seria o ideal para o tratamento de disfunção de armazenamento em pacientes neurogênicos adultos.

A Portaria nº 9 de 10 de março de 2020, tornou pública a decisão de não incorporar os antimuscarínicos (oxibutinina, tolterodina, solifenacina e darifenacina) para o tratamento da disfunção de armazenamento em pacientes com bexiga neurogênica, no âmbito do SUS. Nenhum dos antimuscarínicos existentes no Brasil, encontram-se disponíveis no rol de tecnologias do SUS.

**4) Noripurum®** (comprimido mastigável de hidróxido de ferro III 100 mg): medicamento disponível no SUS através do componente especializado de assistência farmacêutica na apresentação de solução injetável de sacarato de hidróxido férrico 20 mg/mL, para reposição de ferro na anemia da doença renal crônica.

O Noripurum® comprimido possui registro ativo na ANVISA e indicação de bula para o tratamento das síndromes da deficiência de ferro que ainda não se manifestou ou se manifestou de maneira suave; das anemias ferroprivas devidas a subnutrição e/ou carências alimentares tanto de qualidade quanto de quantidade; das anemias devidas a má absorção intestinal; da anemia por deficiência de ferro (ferropriva) durante a gravidez e a amamentação; da anemia devida a sangramentos recentes ou por períodos longos e em condições em que seja conveniente a suplementação de fatores produzidos pelo sangue.

Como alternativa para reposição do ferro por via oral, o SUS disponibiliza através do componente básico de assistência farmacêutica, o sulfato ferroso na apresentação de comprimido ou xarope

No caso concreto, não foi identificada impossibilidade de reposição e/ou contraindicação ao uso do sulfato ferroso na apresentação farmacológica disponível na rede pública.

**5) Dicloridrato de Betaistina** (comprimido de 24 mg): medicamento não disponível na rede pública. *É um medicamento cujo mecanismo de ação não está totalmente esclarecido. Há suposição da sua atividade na vertigem ser relacionada com ação vasodilatadora aumentando fluxo sanguíneo para a região coclear, bem como relacionada à sua atividade sobre os receptores histamínicos, aumentando o turnover e liberação de histamina através do bloqueio de receptores pré-sinápticos H3 e indução da regulação do receptor H3.*(5)

Possui registro ativo na ANVISA, com indicação de bula para o tratamento da Síndrome de Ménière: caracterizada por 3 (três) principais sintomas: Vertigem (sensação de tontura com mal-estar acompanhado de náusea ou vômito); para tratamento do zumbido nos ouvidos; e da perda ou dificuldade de audição, e da sensação de tontura: causada quando uma parte do seu ouvido interno que controla o seu equilíbrio não está funcionando corretamente (chamada “vertigem vestibular”).

Evidências de baixa qualidade sugerem que, em pacientes que sofrem de

vertigem de diferentes causas, pode haver um efeito positivo da betaistina em termos de redução dos sintomas de vertigem. A betaistina é geralmente bem tolerada com baixo risco de eventos adversos. Pesquisas futuras sobre o manejo dos sintomas de vertigem precisam usar uma metodologia mais rigorosa.

No caso concreto, não foi informada qual a finalidade terapêutica pretendida, qual a etiologia/hipótese diagnóstica para o sintoma (tonteira), apresentado pelo paciente. O SUS disponibiliza anti-histamínico, como a prometazina, além de hipnóticos e antieméticos, fármacos adjuvantes no tratamento de crises agudas de vertigem.

**6) Nutren Senior 375 g** - suplemento alimentar: É um composto lácteo adicionado de vitaminas, minerais e fibras. Fonte de macronutrientes: Gorduras – 31%, Proteínas – 35%, Carboidratos – 34%. Rico em selênio, vitamina D e B12, fonte de cálcio, fósforo, zinco, cobre, vitaminas A, E, K, C, B1, B6, ácido pantotênico e biotina e sem adição de sacarose e de outros açúcares, sem glúten. Contém lactose. Contém fibras solúveis e sem sabor, podendo ser reconstituído com água ou ser adicionado ao final de receitas doces e salgadas. Contém açúcares próprios dos ingredientes.

A terapia nutricional enteral (TNE), consiste em procedimentos que permitem a administração controlada de nutrientes na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada artesanalmente ou industrializada, para uso pelo trato digestivo, por via oral, por sondas ou ostomias. Utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação enteral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, visando manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente. Deve ser orientada por nutricionista, que determinará o tipo e volume de dieta necessário a cada caso.

As dietas enterais podem ser do tipo artesanal ou industrial. As dietas artesanais ou industrializadas podem ser usadas indistintamente, com o mesmo benefício nutricional. As dietas industrializadas são regulamentadas

pela ANVISA e contêm macro e micronutrientes em proporções padronizadas conforme seu tipo.

As dietas industrializadas apresentam custo mais elevado, maior controle de qualidade sanitária, composição química definida e maior comodidade de preparação. Entretanto, do ponto de vista do efeito nutricional, se comparadas, à dieta artesanal atingem o mesmo efeito.

As dietas e insumos não são tratados no SUS como medicamentos e não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar. Há regulamentações loco-regionais, alguns estados e municípios, como o município de Belo Horizonte possuem diretrizes que regulamentam a disponibilização de dieta industrializada, apenas em situação excepcional cientificamente justificada, e quando esgotadas todas outras alternativas terapêuticas.

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, já que a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais, incluindo o uso de suplementos industriais. Também outros estudos demonstram não haver evidências científicas que mostrem prejuízo na absorção de nutrientes provenientes de fórmula nutricional com alimentos na inexistência de disfunções absorptivas no sistema digestivo e de doenças que demandam necessidades especiais de nutrientes. Mesmo em situações especiais, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais dos pacientes. Assim do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas a dieta artesanal e industrializada tem o mesmo efeito e podem ser usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar .

Em que pese a prescrição de suplemento alimentar industrializado para o autor, não foram apresentadas e identificadas as justificativas técnicas de imprescindibilidade de uso complementar específico do suplemento

requerido, e/ou de contra-indicações ao uso de dieta/suplementação artesanal por parte do autor.

### **Outros esclarecimentos que julgar pertinentes.**

Importante também mencionar, que ações assistenciais domiciliares a pacientes restritos ao leito e/ou com mobilidade reduzida, complementares ou não à equipe da saúde da família, são realizadas na atenção básica, pela EMAD e/ou NASF. As diferentes abordagens terapêuticas são adotadas em conformidade com o estágio evolutivo de cada quadro clínico apresentado pelo paciente.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF).

A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. A equipe multiprofissional deve oferecer apoio à atenção domiciliar, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Sua composição mínima deverá conter três profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações: Assistente social; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Odontólogo; Psicólogo; Farmacêutico; e Terapeuta ocupacional.

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.

**Atenção Domiciliar (AD):** 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 EMAD 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 atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos, constitui uma atividade principal a ser realizada na atenção básica, para atender às pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem aos serviços de saúde, temporária ou permanentemente. O processo de AD é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde.

*“A 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)".(8)

"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)".(8)

"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)”.(8)*

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

- 1) RENAME 2022.
- 2) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Incontinência Urinária não Neurogênica, Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 01 de 09 de janeiro de 2020.
- 3) A Portaria nº 9 de 10 de março de 2020, tornou pública a decisão de não incorporar os antimuscarínicos (oxibutinina, tolterodina, solifenacina e darifenacina) para o tratamento da disfunção de armazenamento em pacientes com bexiga neurogênica, no âmbito do SUS.
- 4) Parecer Técnico NAT nº 2047/2021.  
<https://www.tjms.jus.br/storage/cms-arquivos/746073d01a3b89849c914c04b8561ec2.pdf>
- 5) Nota Técnica nº 58615 de 15/12/2021.
- 6) Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (I-PSS).  
[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/urologia\\_escore\\_internacional\\_sintomas\\_prostaticos\\_TSRS2.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/urologia_escore_internacional_sintomas_prostaticos_TSRS2.pdf)
- 7) Portaria GM/MS 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.

8) Manual do Serviço de Atenção Domiciliar. Maio de 2020. Prefeitura Municipal de Assis.

<https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/1167508062020111330.pdf>

9) EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar.

<https://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/saibaMais.html>

**V – DATA:**

13/01/2023

NATJUS – TJMG