

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: Exmo. Desembargador Dr. Rui de Almeida Magalhães

PROCESSO Nº.: 10000230157315001

CÂMARA/VARA: 11ª Câmara Cível

COMARCA: Belo Horizonte – 2ª Instância

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: FNDLF

IDADE: 87 anos

DOENÇA(S) INFORMADA(S): Sequelas de Síndrome Guillain Barré, quadro demencial e hipertensão arterial sistêmica

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care e fornecimento de insumos

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação de assistência multidisciplinar em saúde, para os cuidados domiciliares de paciente idoso retido ao leito

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 42213

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0003448

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

01) O tratamento é eficaz, coberto pelo plano de saúde e recomendado para o paciente em questão? **R.: Conforme a documentação apresentada, trata-se de paciente restrito ao leito há longa data, que encontra-se em estabilidade clínica compatível com a prestação de serviço de home care na modalidade de assistência domiciliar.**

02) O tratamento é considerado de urgência? **R.: Não. Conforme descrito, o paciente apresenta quadro clínico de evolução crônica, no momento apresentando estabilidade clínica que permite o atendimento na modalidade de assistência domiciliar.**

2.1) O tratamento é emergencial? **R.: Não.**

2.2) O tratamento é eletivo? **R.: Sim.**

03) A demora na realização do procedimento poderá ocasionar sequelas e/ou lesões irreversíveis ou piora do quadro de saúde do paciente? **R.: O paciente apresenta quadro clínico de evolução crônica, que exige cuidados**

contínuos por tempo indeterminado. No momento apresenta estabilidade clínica que permite o atendimento na modalidade de assistência domiciliar.

04) Existem outros tratamentos ou alternativas consideradas eficazes para o paciente? **R.: Conforme a documentação apresentada, a proposta do plano de atendimento ao paciente na modalidade de atenção domiciliar / assistência domiciliar, com previsão de acompanhamento por profissional médico e enfermeiro em visita mensal, e fonoaudiólogo e nutricionista em visita para avaliação, atende às necessidades do momento clínico descrito. Havendo alteração da condição de saúde do paciente (agudização / piora clínica), o plano de atendimento deverá ser revisto.**

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente acamado há cerca de 12 anos, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, quadro demencial e sequelas neurológicas graves secundárias à Síndrome de Guillain Barré ocorrida em 2009, com histórico de agravamento de seu quadro clínico após internação hospitalar recente para tratamento de ITU (multirresistente), recebendo alta em 13/07/2022.

Consta que o paciente encontra-se restrito ao leito, totalmente dependente de terceiros para as atividades da vida diária (básicas e instrumentais), em alimentação por sonda nasoentérica e com orientação de aspiração de vias aéreas sempre que necessário.

Foi solicitada assistência domiciliar multiprofissional contínua por tempo indeterminado, com acompanhamento de equipe multiprofissional composta por técnico de enfermagem por período de 24 horas, visita semanal de enfermeiro, visita médica quinzenal e sempre que houver intercorrências, fisioterapia motora e respiratória 03 vezes/semana, fonoaudiólogo 03 vezes/semana e visita mensal de nutricionista. Além do fornecimento de medicamentos, fraldas geriátricas, dieta enteral industrializada e demais insumos.

Consta cópia do plano de atendimento ao paciente na modalidade de atenção domiciliar / assistência domiciliar, com previsão de acompanhamento por profissional médico e enfermeiro em visita mensal, e fonoaudiólogo e nutricionista em visita para avaliação.

*“A **Síndrome de Guillain-Barré** SGB é uma doença de caráter autoimune que acomete primordialmente a mielina da porção proximal dos nervos periféricos de forma aguda/subaguda. Aproximadamente 60% a 70% dos pacientes com SGB apresentam alguma doença aguda precedente (1 a 3 semanas antes), sendo a infecção por *Campylobacter jejuni* a mais frequente (32%), seguida por citomegalovírus (13%), vírus Epstein Barr (10%) e outras infecções virais, tais como hepatite por vírus tipo A, B e C, influenza e vírus da imunodeficiência humana (HIV). Outros fatores precipitantes de menor importância são cirurgia, imunização e gravidez”*.⁽¹²⁾

“A maioria dos pacientes percebe inicialmente a doença pela sensação de parestesias nas extremidades distais dos membros inferiores e, em seguida, superiores. Dor neuropática lombar ou nas pernas pode ser vista em pelo menos 50% dos casos. Fraqueza progressiva é o sinal mais perceptível ao paciente, ocorrendo geralmente nesta ordem: membros inferiores, braços, tronco, cabeça e pescoço. A intensidade pode variar desde fraqueza leve, que sequer motiva a busca por atendimento médico em nível primário, até ocorrência de tetraplegia completa com necessidade de ventilação mecânica (VM) por paralisia de musculatura respiratória acessória. Fraqueza facial ocorre na metade dos pacientes ao longo do curso da doença. Entre 5%-15% dos pacientes desenvolvem oftalmoparesia e ptose. A função esfinteriana é, na maioria das vezes, preservada, enquanto a perda dos reflexos miotáticos pode preceder os sintomas sensitivos até mesmo em músculos pouco afetados. Instabilidade autonômica é um achado comum, causando eventualmente arritmias importantes, mas que raramente persistem após duas semanas”.⁽¹²⁾

“A síndrome usualmente progride por 2 a 4 semanas. Pelo menos 50% a 75% dos pacientes atingem seu nadir (pico de piora) na segunda semana,

80% a 92% até a terceira semana e 90% a 94% até a quarta semana. Insuficiência respiratória com necessidade de VM ocorre em até 30% dos pacientes nessa fase. Progressão de sinais e sintomas por mais de 8 semanas exclui o diagnóstico de SGB, sugerindo então uma polineuropatia inflamatória desmielinizante crônica (PIDC). Passada a fase da progressão, a doença entra em platô por vários dias ou semanas, com subsequente recuperação gradual da função motora ao longo de vários meses. Entretanto, apenas 15% dos pacientes ficarão sem nenhum déficit residual após 2 anos do início da doença e 5% a 10% permanecerão com sintomas motores ou sensitivos incapacitantes. A mortalidade nos pacientes com SGB é de aproximadamente 5% a 7%, geralmente resultante de insuficiência respiratória, pneumonia aspirativa, embolia pulmonar, arritmias cardíacas e sepse hospitalar”.⁽¹²⁾

“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⁾

“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⁾

“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⁾

A **atenção domiciliar** (AD) configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde pública e/ou privada.

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.

Não foi identificada regulamentação que imponha obrigatoriedade de fornecimento pela saúde suplementar de insumos (luvas e máscaras descartáveis, gaze estéril, fita micropore, álcool, sonda para aspiração, seringa, frasco e equipo para dieta enteral), e fraldas descartáveis aos pacientes sob assistência domiciliar.

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. Está previsto o fornecimento de até 4 fraldas por dia, o que totaliza 120 fraldas por mês.

Dieta / Suplemento Industrializado: não foi identificada regulamentação que imponha obrigatoriedade de fornecimento pela saúde suplementar de dieta / suplemento alimentar industrializado aos pacientes sob assistência domiciliar.

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 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, de alguns estados e municípios, como por exemplo as diretrizes do município de Belo Horizonte, que regulamentam a disponibilização de dieta industrializada apenas em situação excepcional, cientificamente justificada, e quando esgotadas todas outras alternativas terapêuticas.

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.

No **caso concreto**, conforme a documentação apresentada, no momento o quadro clínico do paciente alcançou relativa estabilização, fato que permitiu a alta hospitalar para os cuidados domiciliares. A condição clínica descrita é compatível com a continuidade de cuidados ambulatoriais na modalidade de assistência domiciliar nas especialidades de medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia conforme definição no plano de atenção domiciliar (PAD).

Não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais sob regime de internação domiciliar, e disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas. A disponibilização de profissional de enfermagem por período integral, fica reservada para os períodos de agudização, quando houver indicação de internação, e for possível a internação sob a modalidade de internação domiciliar. A modalidade de internação domiciliar por si só, exige a realização de cuidados especializados que são exclusivos desse profissional, não podendo serem assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo durante esse período. 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.

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/2019, ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar).
- 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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
- 5) Resolução COFEN nº 186/1995.
http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1861995_4248.html
- 6) Resolução COFEN nº 358/2009.
http://www.cofen.gov.br/resoluco-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) Portaria nº 15, de 13 de outubro de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Síndrome de Guillain-Barré.

13) 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.*

14) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013

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

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

17) Manual do Cuidador, UNIMED.

<https://www.unimed.coop.br/documents/3575717/0/>

[Manual+do+cuidador_Cianorte/8365ae02-bb36-407d-a3d4-ff33fa99668e](https://www.unimed.coop.br/documents/3575717/0/Manual+do+cuidador_Cianorte/8365ae02-bb36-407d-a3d4-ff33fa99668e)

V – DATA:

27/02/2023

NATJUS – TJMG