

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: Exmo. Desembargador Dr. Versiani Penna

PROCESSO Nº.: 10000230034266001

CÂMARA/VARA: Décima Nona Câmara Cível

COMARCA: Segunda Instância - Carangola

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: PSB

IDADE: 54 anos

DOENÇA(S) INFORMADA(S): S06.9, S06.4, F06.8, F07.8 e G81.1

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care – acompanhamento multiprofissional e fornecimento de medicamentos, suplementos alimentares e fraldas descartáveis 180 unidades/mês

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação de assistência multidisciplinar domiciliar por tempo indeterminado

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 35912

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0003707

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Para elaborar parecer referente ao caso, mormente em relação à enfermidade da parte agravada, bem como no tocante à necessidade e urgência do tratamento vindicado.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente que apresenta complicações diversas, devido à síndrome demencial por sequela de TCE grave ocorrido em 15/08/2022. Consta que o paciente foi submetido a vários procedimentos neurocirúrgicos, evoluindo com comprometimento das funções cognitivas e hemiplegia esquerda.

Consta que o paciente encontra-se restrito ao leito, que move-se através de cadeira de rodas, necessitando do cuidado de terceiros para todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária. Necessita de assistência multidisciplinar por tempo indeterminado no domicílio, devido à baixa

mobilidade, para melhoria da qualidade de vida e tentativa de reduzir a necessidade de internação hospitalar.

“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 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.

O **Home Care - 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.

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 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)”.⁽²⁰⁾

“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)”.⁽²⁰⁾

“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)”.⁽²⁰⁾

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 / Suplemento Industrializado: A terapia nutricional 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 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 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 as 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.

Consta no relatório datado de 31/10/2022, a relação dos medicamentos em uso pelo paciente (fenitoína 100 mg - 01 comprimido de 8/8 horas; clonazepam 02 mg – 01 comprimido à noite; mesalazina 800 mg de 12 em 12 horas; trimebutina 200 mg de 12 em 12 horas; omeprazol 20 mg, dipirona e luftal), no entanto, não foram informadas quais as finalidades/indicações terapêuticas da prescrição requerida.

Os medicamentos (fenitoína, omeprazol, dipirona e clonazepam) estão disponíveis na rede pública através do componente básico de assistência farmacêutica. A mesalazina está disponível na rede pública, através do componente especializado de assistência farmacêutica, sob protocolo, para o tratamento da Doença de Crohn e retocolite ulcerativa, vide RENAME 2022.

Os medicamentos Luftal® (simeticona) e o maleato de trimebutina, não estão disponíveis na rede pública. Não foram apresentados elementos técnicos que permitam avaliar a indicação do uso contínuo dos medicamentos para o paciente.

Maleato de trimebutina: É um é um modulador da musculatura gastrointestinal, atuando como normalizador do peristaltismo fisiológico Sua ação mais específica é sobre o trato digestivo. Tem indicação de bula para o tratamento de síndrome do intestino irritável, dispepsia, Íleo paralítico no pós-operatório, processos inflamatórios anais, fissura anal.

Luftal® (simeticona): Age no estômago e intestino pela alteração da tensão superficial dos gases, provocando a união das bolhas. A coalescência das bolhas de gás acelera a passagem das mesmas através do intestino ocorrendo à eliminação de flatos. Após administração oral é eliminada na forma inalterada pelas fezes. Apresenta as seguintes formas de apresentação: comprimidos 40mg, 80mg, 125mg e 150mg; emulsão oral 75mg/mL e 150mg/mL; cápsula gelatinosa mole 125mg.

As indicações de bula são para o tratamento do excesso de gases no aparelho gastrointestinal ocasionando sintomas tais como: meteorismo, eructação, flatulência, empachamento, aerofagia; no pós-operatório e

convalescença; nos distúrbios fermentativos intestinais; e no preparo intestinal dos pacientes para radiografia ou endoscopia do abdômen.

Conforme a documentação apresentada o paciente apresenta condição clínica compatível com a prestação de cuidados gerais de higiene, vestuário, alimentação, mobilidade, mudança de decúbito, ministração de medicamentos, etc; realizados por um familiar e/ou cuidador leigo orientado. Esses cuidados não requerem a presença/execução por profissional de saúde especializado.

A prestação de assistência multidisciplinar domiciliar por tempo indeterminado nas especialidades indicadas pelo médico assistente: técnico em enfermagem e enfermeiro, nutricionista, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, medicina geral e neurologia, é a preferível, devido à baixa mobilidade e as demais limitações funcionais impostas pelo quadro neurológico e demencial do paciente.

É recomendável a elaboração de um plano de atenção domiciliar (PAD) para o paciente, com a especificação da frequência das visitas domiciliares dos respectivos profissionais. Quanto à assistência do cirurgião dentista, sendo identificada a necessidade, deverá ser avaliada a possibilidade de atendimento domiciliar ou não.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, a condição clínica descrita para o paciente é compatível com a prestação de serviço de atenção domiciliar ambulatorial na modalidade de assistência domiciliar. 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 parcial ou integral (24 horas).

Havendo alteração do quadro com piora neuroclínica e necessidade temporária de internação, hospitalar ou domiciliar, sempre que possível, a última modalidade é a preferível, pois, o propósito é o de diminuir os riscos do enfermo contrair uma infecção hospitalar, além de permitir ao paciente e sua família um maior conforto e humanização em seu atendimento.

A indicação de internação domiciliar se instala, somente quando há necessidade de execução de procedimentos exclusivos de profissionais habilitados. Procedimentos esses que não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo durante o período da internação domiciliar, mas que podem ser executados pelos profissionais fora do ambiente hospitalar.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar exige primeiramente que o paciente tenha condições de permanecer sob tratamento e cuidados em casa, e em segundo plano, que a família disponibilize um cuidador responsável (familiar ou contratado). A assistência sob a modalidade de internação domiciliar se difere e tem finalidade distinta da assistência domiciliar. A internação domiciliar, assim como a internação hospitalar, não é um cuidado prescrito por tempo indeterminado, e não visa suprir carência de estrutura familiar e social para o cuidado do paciente.

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).
- 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) 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) Avaliação Clínica da Demência. Clinical Dementia Rating (CDR).

<https://www.neurounifesp.com.br/wp-content/uploads/2015/07/CDR-avaliacao-demencia-2014.pdf>

18) Resolução nº 474, de 20 de dezembro de 2016. Normatiza a atuação da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar/Home Care.

19) Resolução nº 644 de 11/12/2021, Conselho Federal de Fonoaudiologia. *“Dispõe sobre a atuação fonoaudiológica em home care e dá outras*

providências”.

<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=427304>

20) EMAD “A missão da Serviço de Atenção Domiciliar é oferecer ações em saúde aos usuários com necessidade de cuidados intermediários entre o Hospital e a Atenção Primária. É um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). O SAD atende prioritariamente pessoas com doenças agudas ou crônico-agudizadas, idosos frágeis, pessoas com necessidade de cuidados paliativos oncológicos, egressos hospitalares complexos, pessoas com necessidade de suporte ventilatório não-invasivo, dentre outros. O SAD realiza treinamento de cuidador/familiar para manejo de sondas, ostomias e cuidados básicos para pacientes com limitação funcional.”

<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/urgencia-e-emergencia/servico-de-atendimento-domiciliar>

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

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

V – DATA:

12/06/2023

NATJUS – TJMG