

Data: 03/05/2016

Nota Técnica 14/2016

NT – 14/2016

**Solicitante: Desembargador Tiago Pinto (Escrivã Irene
Conceição Ferreira Gomes)**

15ª Câmara Cível – Unidade Raja Gabaglia

Número do processo: 0272324-11-2016.8.13.0000/1.0000.16.027232-4/001

Autor: A.L.P.G.R.

Réu: Unimed-BH

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	X

Tema: Internação domiciliar seqüela definitiva de encefalopatia anóxica, pós-parada cardíaca

.Sumário

DEMANDA:	2
CONTEXTO	3
PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA	5
DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA ¹	5
SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	6
SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS	7
CONCLUSÃO	8

DEMANDA:



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça

**CARTÓRIO DA 15ª CÂMARA CÍVEL - UNIDADE RAJA
GABAGLIA**

Ofício nº 748/2016

Belo Horizonte, 27 de abril de 2016.

Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS).

De ordem do Excelentíssimo Senhor Desembargador Tiago Pinto, Relator, nos autos do(a) Agravo de Instrumento Cível nº 1.0000.16.027232-4/001(0272324-11.2016.8.13.0000), encaminho-lhe cópia dos autos para que avalie, do ponto de vista técnico/médico, o quadro clínico apresentado pela autora (diante das informações existentes nos autos), bem como para que auxilie o Juízo com informações sobre o tipo de tratamento domiciliar indicado.

Atenciosamente,

Irene Conceição Ferreira Gomes - T4678-9, Escrivã do Cartório da 15ª Câmara Cível
- Unidade Raja Gabaglia

Ao Representante Legal do
Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS)
Avenida Professor Alfredo Balena, 110 Santa Efigênia
Belo Horizonte/MG CEP:30130-100



Poder Judiciário do Estado de Minas Gerais
Tribunal de Justiça



Nº 1.0000.16.027232-4/001

Decido.

A autora/agravada é pessoa idosa de 89 anos e se encontra acamada, sem contato com o meio, traqueostomizada, em uso de oxigênio e gastrostomizada. Recebeu alta hospitalar e seu quadro é irreversível, necessitando de "internação domiciliar", conforme consta no relatório médico (doc. 39).

A situação é delicada. Não há dúvida de que a autora necessita de cuidados especiais para sua sobrevivência.

Os argumentos da Unimed relativos à previsão contratual e extensão do tratamento prescrito remetem ao julgamento de mérito do recurso, quando, após o contraditório e a regular instrução do agravo, será possível dimensionar mais adequadamente a abrangência contratual e o quadro clínico, de fato, vivenciado pela autora. Além disso, será possível obter mais informações sobre as características e sobre a classificação do tratamento indicado à autora/agravada.

Por ora, então, nos limites da cognição exercida nesse momento processual, a decisão agravada deve ser mantida.

Por essas razões, **Indefere-se o pedido de concessão de efeito suspensivo ao recurso.**

Oficie-se o MM. Juízo a quo.

Encaminhe-se cópia dos autos ao Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS) para avalie, do ponto de vista técnico/médico, o quadro clínico apresentado pela autora (diante das informações existentes nos autos), bem como para que auxilie o Juízo com informações sobre o tipo de tratamento domiciliar indicado.

Após, remetam-se os autos à douta Procuradoria-Geral de Justiça.

Belo Horizonte, 20 de abril de 2016.

DES. TIAGO PINTO

CONTEXTO

Relatório médico

PRONTUÁRIO: 31730 NOME: [REDACTED]
INTERNAÇÃO: 04/12/2015 HORARIO DA INTER: 12:17:00
CONVÊNIO: UNIMED BH ACOMODAÇÃO: APARTAMENTOS LEITO: APTO
MÉDICO ASSISTENTE: Dr(a) MAURO MARCOS SANDER LEDUC CRM: 11336
Data/Hora Anamnese: 19/02/2016 12:25:52 - 19/02/2016

1 - Relatório:

1.1 - Rel.:

1 - MOTIVO DE INTERNAÇÃO

Cuidados prolongados.

2 - HISTORIA DA MOLESTIA ATUAL

Paciente proveniente do hospital Felício Rocho, acompanhada das filhas.

Trata-se de paciente de 88 anos, hipertensa, diabética. Foi admitida no Hospital Felício Rocho no dia 02/04/15 após queda, teve fissura no osso da pelve, sem indicação cirúrgica. Evoluiu com prostração, taquipneia e esforço respiratório. Diagnóstico angiotomográfico e laboratorial de broncopneumonia e TEP, tratados. Intercorreu com epistaxe volumosa em 10/04/15, evoluiu com PCR em assistolia por 25 minutos por obstrução de vias aéreas. Sequela de encefalopatia hipóxia isquêmica pós PCR.

No momento, se encontra acamada, sem contato com meio, traqueostomizada em uso de O2 por máscara de TQT e gastrostomizada. Apresenta úlcera sacral.

3 - CO - MORBIDADES

HAS

DM - TIPO II

IMOBILIDADE

ULCERA(S) PRESSÃO

4 - HISTORIA CIRURGICA

ORTOPEDICAS cirurgia após fratura em fêmur D e E.

5 - ANTECEDENTES ALÉRGICOS

OUTROS:

Indicar: Nega alergias.

6 - MEDICAMENTOS EM USO

Em uso de clexane 40mg MID, insulina NPH 16UI às 8h e 4UI às 20h, glucoformin 500mg 2cp MID.

6.1 - Análise de Glasgow

6.1.1 - Abertura Ocular: Espontânea (4)

6.1.2 - Resposta Motora: Flexão inespecífica (retirada) (4)

6.1.3 - Resposta Verbal: Sem resposta (1)

6.1.4 - Total da análise de Glasgow: 9

6.2 - SONDAS

GTT

6.3 - ULCERA(S) PRESSÃO: Sim

6.3.1 - LOCAIS

Úlcera sacral.

6.4 - DADOS VITAIS

6.4.1 - FC: 99 bpm

6.4.2 - FR: 16 irpm

6.4.3 - PA: 100x70

6.4.4 - SAT: 98 %

6.4.5 - EX.FÍSICO (Ectoscopia, ausculta, palpação, percussão)

Paciente em coma vigil, afebril, hidratada, acianótica e ancitérica.

MVF, s/ RA.

RCR, BNF, s/ sopros.

Abd livre.

RECEBE ALTA P/ DOMICÍLIO(INTERNAÇÃO DOMICILIAR) APOS INTERNAÇÃO DEVIDO SEQUELA ENCEFALOPATIA HIOXICA

AFASICA DISFAGICA USO DE TQT E GTT CONFINADA AO LEITO QUADRO

RELATÓRIO

IRREVERSIVEL

EM CASA DEVERA FAZER USO DE O2 JA SOLICITADO Á SECRETARIA SAUDE
ASPIRADOR DEVIDO SECREÇÃO TQT

DIETA ENTERAL.

SUGIRO ACOMPANHAMENTO EQUIPE MULTIDISCIPLINAR : MEDICO NUTRICIONISTA
FISIOT MOTORA E RESPIRATORIA (PERIODICIDADE Á CRITERIO DE CADA
PROFISSIONAL). TOTALMENTE DEPENDENTE P/ AVDs(higiene, alimentacao, mobilizacao ,
necessidades fisiologicas , etc)

INCONTINENTE NECESSITANDO DE FRALDA GERIATRICA.

SUGIRO RELATORIO ESPECIFICO DE CADA PROFISSIONAL Q ACOMPANHA O CASO P/
CONDUTAS ESPECIFICAS DOS MESMOS)

PRESCRIÇÃO : EM ANEXO

CRM: 11336 MA
DOUTOR SANDER LEDUC

PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

População: paciente idosa com seqüela definitiva de encefalopatia anóxica, pós-parada cardíaca.

Intervenção: assistência domiciliar qualificada e multidisciplinar

Comparação: não se aplica

Desfecho: melhora da qualidade de vida.

DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA¹

A Atenção Domiciliar é uma nova 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.

Em termos gerais a internação domiciliar se destina a:

- Idoso portador de doença crônica com incapacidade funcional e dependência física para as atividades da vida diária (AVD).
- Portadores de doenças que necessitem de cuidados paliativos.
- Pacientes com patologias múltiplas e co-morbidades, dependência total/parcial, que necessitem de equipamentos e procedimentos especializados no domicílio.
- Pacientes internados em hospital referência que têm condições clínicas de receber alta precoce e assim serem desospitalizados e que possuam alguma condição que os incapacitem de comparecer à Unidade de Saúde.
- Portadores de incapacidade funcional que apresentem: Doenças crônicas agravadas, transmissíveis ou não (tuberculose, câncer, moléstias cardiovasculares e outras).
- Seqüelas por acidentes decorrentes de causas externas ou outros.

SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O Rol de cobertura da ANSⁱ vigente desde 02 de janeiro de 2014 prevê em seu artigo 13º:

Art. 13. Caso a operadora ofereça a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar, com ou sem previsão contratual, deverá obedecer às exigências previstas nos normativos vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e nas alíneas “c”, “d”, “e” e “g” do inciso II do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998. (Alterado pelo RN nº 349ⁱⁱ, de 9 de maio de 2014)

ⁱ Resolução Normativa - RN Nº 338, de 21 de outubro de 2013 e anexos. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_a_sunto/ProdEditorialANS_Rol_de_Procedimentos_e_eventos_em_saude_2014.pdf ; acesso em 05/05/2016

ⁱⁱ A RN 349 prevê o fornecimento de medicamentos para uso domiciliar, exclusivamente para paciente em tratamento de câncer.

Parágrafo único. Nos casos em que a assistência domiciliar não se dê em substituição à internação hospitalar, esta deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes.

Portanto, é facultado à operadora o fornecimento ou não de assistência domiciliar e caso ela seja oferecida, deve atender às normas da vigilância sanitária.

SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS

PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013 Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).ⁱⁱⁱ

Art. 2º Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - Atenção Domiciliar: nova 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;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): 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); e

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários

ⁱⁱⁱ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em 05/05/2016

internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Art. 6º São requisitos para que os Municípios tenham SAD:

I - apresentar, isoladamente ou por meio de agrupamento de Municípios, conforme pactuação prévia na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver na Comissão Intergestores Regional (CIR), população igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes;

II - estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); e

III - possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra.

A portaria estabelece o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, caracterizado por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, com propósito de redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de pacientes internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.

Na ausência de credenciamento para esta portaria, o município deve reorganizar o processo de trabalho das equipes assistenciais: Equipes da Saúde da Família, profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros, para prestar assistência à paciente, nos moldes da portaria.

CONCLUSÃO

Pergunta encaminhada ao NATS:

“Encaminhe-se cópia dos autos ao Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS) para avaliar do ponto de vista técnico/médico, o quadro clínico apresentado pela autora (diante das informações existentes nos autos), bem como para que auxilie o Juízo com informações sobre o tipo de tratamento domiciliar indicado.”

Respostas:

- Do ponto de vista técnico/médico descrito no relatório do médico assistente, há indicação da paciente em questão estar inserida em um programa assistência.

- Sobre o tipo de tratamento domiciliar indicado, este foi especificado no relatório do médico assistente, que de fato, acompanhou o caso da paciente conforme descrito a seguir:

- Uso de oxigênio (já solicitado á Secretaria de Saúde)
- Aspirador devido secreção de traqueostomia.
- Dieta enteral.
- Sugiro acompanhamento de equipe multidisciplinar: médico, nutricionista, fisioterapia motora e respiratória (periodicidade a critério de cada profissional).
- Incontinente necessitando de fralda geriátrica.

O NATS recomenda sob o ponto de vista clínico, a assistência à paciente que é dependente de oxigênio e dieta enteral. Aspectos administrativos sobre obrigatoriedade de cobertura por plano da saúde suplementar e responsabilidades da família não são escopo dessa nota.

Referências

1. Martelli DRB, Silva MS da, Carneiro JA, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Martelli-Júnior H. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2011;21(1):147–157.