

Data: 27/06/2017

NT 30–A/2017

Número do processo: 1.0000.17.048538-7/001

Desembargador Luiz Antônio Hilário

Ré: Cemig Saúde

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	X

Tema: Internação domiciliar

Sumário

1 - SOLICITAÇÃO	2
2 - CONTEXTO	3
3 - PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA	4
4 - DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA ¹	4
5 - SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	6
6 - SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS	7
7 - DISCUSSÃO	99
8 - CONCLUSÃO	10

1 – SOLICITAÇÃO

“É o caso dos autos.

No presente processo, temos de um lado a Agravante que ingressou com Ação para fornecimento de Medicamento e Atendimento Home Care, eis que portadora de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), cf. relatórios juntados.

O fato de ser portadora de referida doença, por si só, já caracteriza o direito da Agravante em ser agraciada com o medicamento e, sobretudo, com o atendimento domiciliar solicitado, até com fincas a trazer-lhe um mínimo de conforto e bem estar, nos moldes constitucionais.

Do outro lado, temos a decisão do MM Juiz a quo que indeferiu a liminar sob o fundamento de que a ausência do atendimento por cuidador não acarretará risco de morte à paciente, ora Agravante, e que o medicamento, segundo relato médico, não é urgente e prescindível.”

2 – CONTEXTO

RELATÓRIO MÉDICO:

Em acompanhamento da paciente [REDACTED], que está acometida pela doença Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), e em análise do quadro evolutivo da mesma, tem-se que o atendimento *home care* é imprescindível para a mesma.

Como se sabe, referida patologia ataca o sistema nervoso impossibilitando o paciente de efetuar atividades simples do cotidiano.

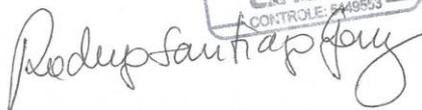
A presença, constante e cotidiana, de pessoas, é de imprescindível, até para uma sobrevida digna ao portador da ELA.

Contudo, entendo que referido serviço não é urgente, vez que referida patologia não acarreta risco de morte para a paciente, no estágio atual.

A assertiva de possível não urgência se remete ao fato de que parentes poderiam, em tese, dispensar este cuidado; contudo, nada melhor e mais benéfico, para portadores da ELA, que este acompanhamento diário e contínuo seja realizado por profissionais aptos e capacitados, no intuito de trazer conforto, bem estar, e melhor qualidade de vida para os pacientes.

O próprio relatório, em seus itens 5 e 18 informam que a paciente necessita de cuidador 24 horas/dia; e no item 16 relata que a ausência do atendimento pretendido poderá acarretar grave comprometimento do bem estar da paciente.

Assim, a alegação de não urgência para o atendimento *home care* tem relação com o não risco de morte, para a paciente, caso a concessão seja negada.



16/05/2017

Dr. Rodrigo Santiago Gomez CRM MG 23239

5. Medicamentos, produtos ou procedimentos necessários para a finalidade diagnóstica de acordo como quadro abaixo:

- Tratamento contínuo () temporário () pelo prazo de _____

Produtos	Posologia e via de administração
Cuidador 24 horas por dia	

019

18. Especificar o quadro clínico e as peculiaridades do paciente e demais considerações:

Paciente com esclerose lateral amiotrófica e
necessitando de cuidados de Terceiros
24 horas por dia

3 - PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

População: paciente com doença do neurônio motor com necessidade de assistência domiciliar

Intervenção: assistência domiciliar qualificada e multidisciplinar

Comparação: não se aplica

Desfecho: melhora da qualidade de vida.

4 - DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA¹

ATENÇÃO DOMICILIAR

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 comorbidades, 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).
- Sequelas por acidentes decorrentes de causas externas ou outros.

Os cuidados prolongados podem ser oferecidos por instituições de longa permanência, com infraestrutura mínima de apoio tecnológico e de profissionais de saúde, ou, naturalmente no próprio domicílio.

É importante ressaltar que o cuidado domiciliar para pacientes que necessitam de maior frequência de cuidados, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, é complexo e oneroso.

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

Para melhor definição das necessidades da paciente é necessário a construção de um Plano Terapêutico Singular, que é construído por uma equipe multidisciplinar, que assiste o paciente, com um dos profissionais sendo o gestor do cuidado, geralmente o enfermeiro. Somente assim é possível definir a necessidade de atenção domiciliar e enumerar todos os itens dotados de evidência e propósito para o cuidado da paciente, que são diversos.

5 - 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)

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.
- Grandes operadoras de saúde, com frequência, têm programas de assistência domiciliar para pacientes em condições que demandem assistência com ventilação mecânica.

ENUNCIADO CNJ nº 64 - Saúde Suplementar

A atenção domiciliar não supre o trabalho do cuidador e da família, e depende de indicação clínica e da cobertura contratual.

ⁱResolução 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_assunto/ProdEditorialANS_Rol_de_Procedimentos_e_eventos_em_saude_2014.pdf ; acesso em 05/05/2016

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

6 - 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 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

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

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.

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.

Os cuidados devem ser realizados de acordo com as linhas de cuidado locais, compartilhando e apoiando o cuidado com as equipes de atenção básica e articulando com os pontos de atenção especializados de cuidado da pessoa.

Há uma publicação do Ministério da Saúde para sistematizar a atenção a pacientes com condição crônica, pelo Sistema Único de Saúde: Caderno de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa: A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar¹

¹http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou: Padronização, Fluxos e Rotinas Técnica para ASSISTÊNCIA DOMICILIAR ²

²<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>

7 - DISCUSSÃO

Não ficou suficientemente caracterizado, no momento, pelos relatórios anexados, a necessidade de *home care*.

A paciente tem uma condição de saúde crônica, grave e complexa. A estrutura necessária para dar suporte à paciente, no momento que for necessária, será onerosa, portanto, deve ser **sistematizado e compartilhado** um projeto de cuidados racional e com bom senso para especificar os itens necessários e responsabilidades profissionais, sob o risco de inviabilizar a permanência do paciente no domicílio, seja pela família, gestor público ou pela operadora de saúde.

Familiares e/ou cuidadores devem se responsabilizar e se envolver diretamente pelos cuidados da paciente - ENUNCIADO CNJ nº 64 - Saúde Suplementar.

Operadoras de saúde:

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

No entanto, várias operadoras de saúde têm programas de assistência domiciliar para pacientes em condições que demandem assistência/internação domiciliar.

Sistema Único de Saúde

O SUS tem Normatização, Padronização, Fluxos e Rotinas Técnica para ASSISTÊNCIA DOMICILIAR. Deve ser verificado junto à secretaria municipal de saúde de origem da paciente quais recursos disponíveis (profissionais de saúde, materiais e insumos, medicamentos prescritos, outros) para acompanhamento da paciente.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Não foram discriminadas as atribuições dos profissionais de saúde para compor a equipe multidisciplinar.

8 - CONCLUSÃO

Não ficou suficientemente caracterizado, no momento, pelos relatórios anexados, a necessidade de home care.

Não foi anexado nenhum Plano Terapêutico. É necessária a construção de um Plano Terapêutico racional para paciente. Assim, como já descrito, quando for necessária, a estrutura necessária para dar suporte à paciente será onerosa. Portanto, deve ser sistematizado e compartilhado um projeto de cuidados racional. Devem estar muito bem definidos os papéis da família/cuidadores, do gestor público e da operadora da saúde.

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.

