

**Data: 31/07/2017**

**Resposta Técnica 53/2017**

**RT – 53/2017**

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	X

**Solicitante: Jorge Paulo dos Santos - 5ª Vara Cível de Belo Horizonte**

**Número do processo: 61153708820158130024**

**Ré: FUNDAFFEMG – Fundação AFFEMG de Assistência e Saúde**

**Tema: Atenção domiciliar**

## **Sumário**

1 - SOLICITAÇÃO .....	2
2 - PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA.....	5
3 - DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA <sup>1</sup> .....	5
4 - SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR .....	12
5 - SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS .....	13
6 - DISCUSSÃO .....	124
7- CONCLUSÃO.....	15

## 1 – SOLICITAÇÃO

SECRETARIA DO JUÍZO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELO HORIZONTE  
FÓRUM - LAFAYETTE - EDIFÍCIO GOVERNADOR MILTON CAMPOS  
JUIZ de DIREITO: Jorge Paulo dos Santos  
Escrivã: Maria de Fátima Borges de Oliveira  
Av. Augusto de Lima, nº1549, 3º andar, Sala OP-321, Bairro Barro Preto - Belo Horizonte, CEP30190-002

Belo Horizonte, 21 de julho de 2017.

OFÍCIO  
PROCESSO Nº 6115370-88.2015.8.13.0024  
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM  
ASSUNTO: Planos de Saúde  
AUTOR: [REDACTED]  
RÉU: FUNDAFFEMG - FUNDACAO AFFEMG DE ASSISTENCIA E SAUDE

Ilmo Senhor:

Pelo presente, extraído dos autos supra, em trâmite por este Juízo e respectiva Secretaria, para que possamos dar andamento ao processo, fica o Sr. intimado a se manifestar sobre a regulamentação na área de saúde suplementar, mais especificamente para esclarecer se a autora necessita do home care nos termos do objetivado na lide (petição inicial anexa).

Atenciosamente,

  
**Luciene Oliveira Prates Cangussu**  
escrivão judicial em substituição  
por ordem do MM Juiz de Direito

Ilmo. Senhor Diretor do  
Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS)

## I - DOS FATOS

A Autora, de 73 anos de idade, é portadora de paralisia supra nuclear progressiva, mantendo-se lúcida até a presente data. No estágio atual, não tem condições de andar, sendo dependente de uso de cadeira de rodas e necessita de permanente acompanhamento de serviços de enfermagem para todas as atividades básicas diárias, tais como alimentação, banho e higiene pessoal.

Além disso, já necessita de fisioterapia e fonoaudiologia (já fornecido a domicílio pelo plano de saúde e cuidados especiais, pois caso engasgar com a alimentação pode ocasionar lesões irreversíveis.

Infelizmente, já apresenta escaras, devido a falta de atendimento especializados e permanência em leito freqüente. A evolução das escaras pode levar a processo infecciosos que são perigosos no caso dela. (vide textos em arquivo anexo)

Diante do quadro descrito, para evitar riscos de agravamento da Autora, torna-se necessária a sua inclusão no programa de home-care do plano de saúde Réu. A paralisia acima descrita é progressiva e são necessários serviços de enfermagem especializados para que ela tenha um tratamento adequado, especialmente quanto à prevenção das escaras

Desta feita, em observância ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana vem requerer, em sede de antecipação de tutela, o deferimento do tratamento em sistema de Home Care, que tem sido negado pela Ré, já que se de pessoa idosa, com **doença crônica e quadro irreversível, impossibilitada de fazer as sua higiene pessoal, e de longa permanência no leito, está sujeita a adquirir grave processo infeccioso que pode levá-la ao óbito.**

É importante deixar claro que a família, especialmente, o seu companheiro que também já é uma pessoa idosa, não está recusando a contribuir com o seu acompanhamento e suas obrigações familiares. A questão está no fato de estar sendo impossível a realização das atividades inerentes à uma técnica, ou auxiliar de enfermagem, já que além do esforço físico, o manejo da paciente exige conhecimento técnico, cuja violação pode causar sérios danos físicos à Autora. O seu manejo implica em risco de queda, se houver uma higienização deficiente podem surgir escaras ( o que já está acontecendo), com graves implicações infecciosas que podem levar à necessidade de tratamento hospitalar, e até mesmo ao óbito.

Resta informar que, apesar das diversas solicitações do atendimento home-care, as negativas foram verbais. O plano de saúde limitou-se a entregar cópia da Resolução 10/04 e dizer que a Autora não se encontra enquadrada naquelas condições

O conceito de *home care* é bem abrangente assim como são os serviços médicos e de enfermagem prestados aos pacientes em sua residência. **Em geral, significa atendimento ambulatorial ou internação domiciliar (24 horas) por equipe de saúde especializada.**

Uma vez que a participação ativa dos doentes e familiares é fundamental, não é possível levar adiante o projeto sem considerar as condições psicológicas e a disposição da família em seguir a prescrição.

## 5.2 Internação domiciliar

Designar-se-á primordialmente por internação domiciliar todo e qualquer tratamento multidisciplinar especializado que requeira atendimento 24 h. de equipe de saúde na casa do paciente. É necessário repassar a idéia que qualquer tipo de paciente, desde que esteja clinicamente estável, dependente de respirador ou não, pode ser tratado em casa com relativa simplicidade, dependendo do *knowhow* de quem coordena o tratamento. Na internação domiciliar, oferecem-se ao paciente médicos, enfermagem, fisioterapia, suporte nutricional, exames laboratoriais, exames complementares, medicamentos, materiais hospitalares e equipamentos médicos como oxigênio, bombas de infusão, nebulizadores. Além disso, apoio psicológico extensivo à família, e remoções.

Consiste o Home Care num sistema de desospitalização, ou seja, a retirada do paciente do ambiente hospitalar, suscetível de freqüentes infecções, para o tratamento em âmbito residencial, com toda a estrutura nosocomial.

Sintetizando, pode-se dizer que os benefícios da internação domiciliar são:

- humanização do atendimento tornando o tratamento menos traumático e exclusivo;

- redução no tempo de recuperação. A reintegração ao ambiente familiar favorece psicologicamente o paciente reduzindo o tempo de recuperação de sua saúde;

- redução acentuada nos custos do tratamento variando de 30 a 60% a menos no valor da internação hospitalar;

- redução no risco de infecção hospitalar;

- redução na taxa de re-internação;

-valorização do leito hospitalar.

Um outro lado bem positivo em *home care* é a ausência de infecção hospitalar, esta é uma enfermidade que acontece em grande parte dos hospitais e que em *home care* é reduzido à zero. A ausência de infecção hospitalar tem efeito impactante nos custos operacionais dos planos de saúde.

A internação domiciliar está indicada primordialmente para pacientes estáveis. Podem estar até graves, desde que estejam com sinais vitais estabilizados. Se, no decurso da internação domiciliar, passar para a condição de instável, deve-se prontamente reavaliá-lo para uma possível re-internação hospitalar.

Obs: Foram anexados vários relatórios de profissionais de saúde, do plano de saúde, que acompanham o paciente no domicílio.

## 2 - PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

**População:** paciente com doença crônica degenerativa

**Intervenção:** assistência domiciliar qualificada e multidisciplinar

**Comparação:** não se aplica

**Desfecho:** melhora da qualidade de vida.

## 3 - DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA<sup>1</sup>

### 3.1 HOME CARE

Home care ou cuidado em casa, abrange, por exemplo, desde procedimentos simples, como o tratamento de feridas em diabéticos, terapia intravenosa e fototerapia para recém-nascidos, até outros de maior complexidade, como a internação domiciliar para portadores de doenças crônicas, respiratórias, neurológicas e cardíacas. Assim, home care não é necessariamente internação hospitalar.

### 3.2 ATENÇÃO DOMICILIAR

A Atenção Domiciliar é 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.

**Definição de Atenção Domiciliar, segundo Ministério da Saúde: PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016<sup>1</sup>**

Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

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

I - 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;

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e

III - cuidador: pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar.

**Art. 3º** O SAD tem como objetivos:

I - redução da demanda por atendimento hospitalar;

II - redução do período de permanência de usuários internados;

III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e

IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais.

**Art. 5º** A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

**Art. 6º** A AD será organizada em três modalidades:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2);

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

§ 1º 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.

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

**Art. 8º** Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

**Art. 9º** Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;

II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;

III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

**Art. 10.** Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, 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 e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

**Art. 19.** 1º A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD (médico, enfermeiro, fisioterapeuta ou assistente social e profissionais auxiliares ou técnicos de

enfermagem realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário.

§ 2º A Equipe Multiprofissional de Apoio (assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico ou terapeuta ocupacional) será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar suas ações.

§ 3º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção básica de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do **Projeto Terapêutico Singular** (PTS) daquele usuário.

Link<sup>1</sup>: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html)

### 3.3 PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

Para melhor definição das necessidades do paciente é necessário a construção de um Plano Terapêutico Singular(PTS), 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 há como enumerar todos os itens dotados de evidência e propósito para o cuidado da paciente, que são diversos.

### 3.4 CADERNO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – MELHOR EM CASA: A SEGURANÇA DO HOSPITAL NO CONFORTO DO SEU LAR<sup>2</sup>

Há uma importante publicação do Ministério da Saúde que sistematiza a atenção a pacientes com condição crônica com necessidade de cuidados domiciliares pelo Sistema Único de Saúde: Caderno de Atenção Domiciliar – Melhor em Casa: A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar<sup>1</sup>

<sup>2</sup>[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf)

### 3.5 PADRONIZAÇÃO, FLUXOS E ROTINAS TÉCNICA PARA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte publicou: Padronização, Fluxos e Rotinas Técnica para ASSISTÊNCIA DOMICILIAR<sup>3</sup>

<sup>3</sup><http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/assistenciadomiciliar.pdf>

## 4 - SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

O Rol de cobertura da ANS<sup>i</sup> 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 349<sup>ii</sup>, 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

---

<sup>i</sup>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\\_assunto/ProdEditorialANS\\_Rol\\_de\\_Procedimentos\\_e\\_eventos\\_em\\_saude\\_2014.pdf](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

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

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

## **5 - SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS**

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. 25. São requisitos para habilitação do SAD:

I - população municipal igual ou superior a 20.000 (vinte mil) habitantes, com base na população mais recente estimada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);

II - hospital de referência no Município ou região a qual integra; e

III - cobertura de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) habilitado e em funcionamento.

§ 1º A população mínima referida no inciso I do "caput" pode ser atingida por um Município, isoladamente, ou por meio de agrupamento de Municípios cuja população seja inferior a 20.000 (vinte mil) habitantes, devendo ocorrer, nesse caso, prévia pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e, se houver, na Comissão Intergestores Regional (CIR);

§ 2º Em Municípios com população igual ou superior a 40.000 (quarenta mil) habitantes será aceito serviço de atendimento móvel de urgência equivalente ao SAMU.

§ 3º Os Municípios com proposta de SAD por meio de agrupamento deverão celebrar convênio, pactuar Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) ou

estabelecer outro formato jurídico interfederativo responsável por registrar as atribuições e responsabilidades entre os entes federativos.

§ 4º Os Municípios referidos no § 3º deverão aprovar os acordos celebrados entre si na respectiva CIB ou na CIR, se houver, e enviá-los ao Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS), juntamente com o projeto referido na Seção seguinte.

§ 5º No caso de o proponente do SAD ser a Secretaria Estadual de Saúde, o projeto deverá ser pactuado com o gestor municipal de saúde do(s) Município(s) em que o SAD atuará, aprovado na CIB, não sendo permitida a duplicidade de proponentes para um mesmo Município.

§ 6º No caso do § 5º, o documento com o registro da pactuação deverá ser enviado ao DAHU/SAS/MS juntamente com o projeto referido na Seção seguinte.

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 domiciliares 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.

## **6 - DISCUSSÃO**

Do ponto de vista técnico/médico, de acordo com a descrição nos autos e de acordo com as definições do Ministério da Saúde, há indicação, no momento, da paciente em questão estar inserida em um programa de ATENÇÃO/CUIDADOS DOMICILIAR e não internação hospitalar.

Familiares e/ou cuidadores devem se responsabilizar e se envolver diretamente pelos cuidados da paciente.

### **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**

Foram anexados vários relatórios de diversos profissionais de saúde que acompanham o tratamento da paciente.

## 7- CONCLUSÃO

Há indicação da paciente em questão estar inserida em um programa de ATENÇÃO/CUIDADOS DOMICILIARES.

No momento, pelo que consta nos autos, o cuidado da paciente pode estar predominantemente centrado em cuidador(es)/familiar(es), com necessidade de apoio de profissionais de saúde. Não há indicação de profissional de enfermagem 24 horas.

Obs: o NATS fica à disposição para observações complementares.

## 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.

**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.**

