

Data: 30/08/2017

Resposta Técnica- 64/2017

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	X

Solicitante: Vanessa Miranda Rocha Iazarina - 35ª VARA CÍVEL

Número do processo: 5068510-12.2016.8.13.0024

Ré: UNIMED BH Cooperativa De Trabalho Médico Ltda.

Tema: Internação Domiciliar

Sumário

1 - SOLICITAÇÃO	2
2 - CONTEXTO.....	4
3 - PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA.....	4
4 - DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA ¹	4
5 - SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	8
6 - SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS	9
7 - PUBLICAÇÕES AUXILIARES.....	10
8 -DISCUSSÃO.....	11
9 - CONCLUSÃO.....	12

1 - SOLICITAÇÃO

Em caso de alta hospitalar, será necessário manter o paciente em casa com adequação do ambiente e manutenção de suporte em tempo integral. É desejo manifesto da família que seja mantido suporte total de vida à paciente.

Fisioterapia respiratória diária, fisioterapia motora 3 vezes por semana, presença de técnicos de enfermagem 24 horas por dia, habilitado para administração de dietas, hidratação, monitorização de saturação de oxigênio, cuidados com gastrostomia e traqueostomia incluindo aspirações e atendimento em caso de intercorrências de forma imediata. Avaliação por nutricionista mensalmente, de fonoaudiólogo quinzenalmente, de enfermeiros quinzenalmente além de cuidados médicos periódicos programados e, em caso de emergência, de prontidão imediata.

Oxigenioterapia contínua, fraldas, luvas, sondas, dieta conforme prescrição do nutricionista, equipamentos para aspiração traqueal, além de todo o material solicitado pela equipe multidisciplinar devem estar disponíveis em domicílio para viabilizar alta hospitalar.

Posto de Atendimento
NEUROLOGIA
QUIMICA 11.200

1 - Relatório:

1.1 - Rel.:

Paciente 74a, portadora de dislipidemia, obesidade, HAS, ICC com regurgitação mitral, hipertensão pulmonar, asma bronquica, sequela de aneurisma cerebral - era lucida e independente até tentativa de clipagem em julho/2014 quando passou a apresentar contato precário e dependência para AVDs, seu quadro neurológico piorou em agosto/2015, quando intercorreu com AVCI, mantém-se em estado neurovegetativo desde então. Apresenta-se totalmente dependente para as atividades de vida diária, sem contato com meio exterior (comatosa), traqueostomizada e dieta por gastrostomia e dependência por oxigênio suplementar (resultados de gasometria arterial mostrando hipoxemia quando sem O2 suplementar). Em condições de ALTA HOSPITALAR e manutenção de cuidados em nível domiciliar com necessidade de oxigenioterapia suplementar e eventual aspiração de secreções por traqueostomia. Recebendo medicamentos para controle de hipertensão arterial sistêmica e Insuficiências cardíaca congestiva, com bom controle hemodinâmico.

Do Pedido

cominatória, o serviço de internação domiciliar, o qual deverá conter os itens e serviços prescritos pelos médicos assistentes, inclusive: UTI móvel para seu transporte ao endereço a ser fornecido por sua curadora, equipamentos para sua manutenção, insumos, profissionais de enfermagem por tempo integral, fisioterapias motora e respiratória e fonoaudiologia nas periodicidades prescritas, cama hospitalar, colchão pneumático, cadeira de rodas de banho, medicamentos prescritos, insumos para administração endovenosa, e demais itens que se fizerem necessários em decorrência de sua enfermidade, **sempre a exclusivo critério médico devidamente comprovado.**

Salienta-se que a saúde da autora sofrerá modificações e novos itens lhe serão prescritos. Diante disso, é importante, **para que não tenha que vir a juízo a cada nova orientação médica**, fato que tumultua o processo, que Vossa Excelência determine, desde já, que o plano de saúde preste o serviço de internação domiciliar, de acordo com as instruções médicas e à medida em que forem ocorrendo, **ou seja, que a determinação judicial seja expressa ao dizer: "conforme orientações médicas"⁵.**

2 – CONTEXTO

Trata-se de paciente com 74 anos, insuficiência cardíaca com regurgitação mitral, hipertensão pulmonar, asma brônquica, sequela de aneurisma cerebral, mantém-se em estado neurovegetativo. Apresenta-se totalmente dependente para as atividades de vida diária, sem contato com meio exterior (comatosa), traqueostomizada e dieta por gastrostomia e dependente de O² suplementar.

3 - PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

População: paciente idosa em estado neurovegetativo

Intervenção: assistência domiciliar qualificada e multidisciplinar com intervenções terapêuticas e de reabilitação;

Comparação: assistência domiciliar qualificada e multidisciplinar com cuidados paliativos;

Desfecho: melhora da qualidade de vida.

4 - DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA¹

Segundo consta nos autos: paciente com 74 anos, insuficiência cardíaca com regurgitação mitral, hipertensão pulmonar, asma brônquica, sequela de aneurisma cerebral, mantém-se em estado neurovegetativo. Apresenta-se totalmente dependente para as atividades de vida diária, sem contato com meio exterior (comatosa), traqueostomizada e dieta por gastrostomia e dependente de O² suplementar

Portanto, trata-se de paciente grave, com prognóstico reservado e com necessidades do melhor cuidado suportivo, isto é, cuidados paliativos.

4.1 - CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), "cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais".

Quando a doença já se apresenta em estágio avançado a abordagem paliativa deve entrar em cena no manejo dos sintomas de difícil controle e de alguns aspectos psicossociais associados à doença. Na fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o cuidado paliativo se impõe para, através de seus procedimentos, garantir qualidade de vida.

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos, emocionais e psicológicos que se avolumam no paciente com doença terminal, faz-se necessário um diagnóstico precoce e condutas terapêuticas antecipadas, dinâmicas e ativas, respeitando-se os limites do próprio paciente.

Os princípios dos cuidados paliativos são:

- Fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispneia e outras emergências.
- Reafirmar vida e a morte como processos naturais.
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente.
- Não apressar ou adiar a morte.
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente.

- Usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Os pontos considerados fundamentais no tratamento são:

- A unidade de tratamento compreende o paciente e sua família.
- Os sintomas do paciente devem ser avaliados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz através de consultas frequentes e intervenções ativas.
- As decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser feitas com base em princípios éticos.
- Os cuidados paliativos devem ser fornecidos por uma equipe interdisciplinar, fundamental na avaliação de sintomas em todas as suas dimensões, na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, imprescindíveis para o controle de todo e qualquer sintoma.
- A comunicação adequada entre equipe de saúde e familiares e pacientes é a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte.

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos

4.2 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).

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.

4.3 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. A família/cuidadores devem estar incluídos no PTS.

É importante observar sempre a importância do foco nos cuidados paliativos, pois tratamento curativo e reabilitação se tornam apenas procedimentos adjuvantes dos cuidados paliativos. É importante ressaltar estes aspectos pois o tratamento curativo ou a busca por reabilitação, com frequência são impostos como indispensáveis à vida de doentes, que, a despeito deles, não melhoram, quando não sofrem efeitos maléficos que lhes aumentam o sofrimento e reduzem a vida.

Enfatizamos aqui a necessidade de se estabelecer o melhor cuidado paliativo, com objetivo de garantir a melhor qualidade de vida possível, além de prevenir possíveis eventos colaterais fúteis.

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

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.

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

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.

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

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.

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 paliativos 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.

7 - PUBLICAÇÕES AUXILIARES:

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

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

2 – Publicação da 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>

8 - DISCUSSÃO

Do ponto de vista técnico/médico descrito no relatório do médico assistente, a internação domiciliar com necessidade de cuidados paliativos é uma possibilidade de cuidados para a paciente em questão.

O paciente tem uma condição de saúde crônica, grave e complexa. A estrutura para internação domiciliar necessária para dar suporte à paciente é muito complexa e 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. É fundamental ver se a família tem estrutura necessária para dar suporte aos cuidados exigidos pela paciente, mesmo com eventual apoio do plano de saúde ou do Sistema Único de Saúde local.

Obs: a internação em instituições de longa permanência, com infraestrutura mínima de baixa densidade de apoio tecnológico e de profissionais de saúde e compartilhada com diversos outros paciente, é provavelmente menos onerosa que internação domiciliar. Como citado nos autos, é necessário uma avaliação de custos das duas opções.

Operadoras de saúde:

É facultado à operadora, segundo Rol da ANS, 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 que compõe a equipe multidisciplinar.

ESTRUTURA DE APOIO

Não foi discriminada a estrutura de apoio necessária para paciente.

9 - CONCLUSÃO

A internação domiciliar **com necessidade de cuidados paliativos** é uma possibilidade de cuidados para a paciente em questão.

Toda discussão de infra estrutura, material para os cuidados e recursos profissionais deve ser pautada em indicações baseadas em evidências (efetividade, custo e viabilidade). A discussão não deve ser pautada por “conforme orientações médicas”.

Não foi anexado nenhum Plano Terapêutico. É necessária a construção de um Plano Terapêutico racional para paciente. Assim, como já descrito, a estrutura e os profissionais de saúde necessários para dar suporte à paciente são muito onerosos, 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.

