

Data: 15/09/2017

Resposta Técnica 71/2017

Solicitante: Juiz de Direito Maycon Jésus Barcelos

Secretaria da 2ª Vara Cível – Comarca de Timóteo

Número do processo: 5000489-95.2017.8.13.0687

Medicamento	
Material	
Procedimento	
Cobertura	X

Ré: UNIMED – Vale do Aço Cooperativa de Trabalho Médico

Tema: Internação domiciliar

Sumário

1 - SOLICITAÇÃO	1
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	9
6 - SOBRE A COBERTURA NO ÂMBITO DO SUS	10
7 - PUBLICAÇÕES AUXILIARES.....	11
8 – DISCUSSÃO.....	11
9 - CONCLUSÃO.....	13
1 - SOLICITAÇÃO	



COMARCA DE TIMÓTEO – SECRETARIA DA 2ª VARA CÍVEL
Pça Olímpica n° 65 – Bairro Funcionários – (31) 3849-2114
(tto2secretaria@tjmg.jus.gov)

OFÍCIO N°.....: 597 /2017

PROCESSO n°: 5000489-95.2017.8.13.0687

AÇÃO: Ordinária Home Care c/c Tutela Antecipada c/c Indenização
AUTORIA) ..

REQUIDO (A) : UNIMED Vale do Aço Cooperativa de Trabalho Médico

Prezado(a) Senhor(a),

Pelo presente, extraído dos autos em epígrafe, determinando a emissão de parecer acerca da necessidade de home care, no caso clínico da Autora, bem como para que se manifeste se possíveis cuidados necessários podem ser realizados por cuidador indicado pela família, prazo de 20 dias para cumprimento. Seguem cópias para instrução. E após, seja enviado resultado para e-mail deste Juízo (tto2secretaria@tjmg.jus.gov), mencionando o número do processo.

Atenciosamente,

Timóteo - MG, 08 de setembro de 2017

Maycon Jesus Barcelos
Juiz de Direito

Maycon Jesus Barcelos
Juiz de Direito

Ilmo. Sr.
Coordenador do NATS
NÚCLEO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EM SAÚDE EBSERH
Av. Prof. Alfredo Balena, 110 – Santa Efigênia
Belo Horizonte – MG
CEP 30.130-100

I - DOS FATOS

A relação jurídica entre os integrantes dos polos ativo e passivo da presente é decorrente de um contrato de prestação de assistência médico-hospitalar com a UNIMED.

O plano da autora é do coletivo por adesão segmentação Ambulatorial, Hospitalar e Obstetrícia, de abrangência estadual, conforme carteirinha do plano de saúde em anexo.

A autora padece há anos de Parkinson, demência avançada e faz acompanhamento regular com clínico geral e neurologista.

Por se tratar de um paciente de idade avançada, 85 anos e ainda em decorrência do Parkinson a requerente apresenta saúde frágil e debilitada e sofre constantemente com quedas que produzem fraturas, já fraturou o fêmur, coluna L1, ficando acamada e usando colete por meses, conforme histórico médico junto.

Em meados de outubro do ano 2016 a autora sofreu em casa uma queda da própria altura e deu entrada no hospital da UNIMED com quadro de TCE Traumatismo cranioencefálico com hemorragia intracerebral, foi necessário implante de cateter de PCI para drenagem do cérebro ficando após a intervenção cirúrgica em tratamento na UTI Unidade de Tratamento Intensivo.

Durante a internação a paciente contraiu pneumonia por aspiração e ficou em estado delicado com sequelas irreversíveis, totalmente dependente, perdeu a capacidade de alimentar e passou a necessitar de sonda para alimentação e dieta enteral exclusiva, laudos médicos e histórico em anexo.

Infelizmente o estado de saúde da autora ficou muito grave e a equipe médica que assistiu durante a internação encaminhou a paciente para um programa/serviço de acompanhamento e gerenciamento de casos crônicos, para prestar assistência multidisciplinar a autora.

Conforme informações médicas prestadas pela UNIMED em 25/11/2016 a requerente estabilizou e apresentou condições clínicas de ser transferida para continuidade do tratamento em domicílio, alta concedida pelo Dr. Gustavo Machado Barcelos, CRM 13.255, resumo de alta junto.

Assim a autora atualmente em decorrência das sequelas do TCE grave somados as demais comorbidades que padece, demência avançada e também por apresentar idade de mais de oitenta e cinco anos, fez com que a mesma ficasse extremamente debilitada e acamada, não conseguisse mais alimentar, portadora de escaras diversas, mantendo-a restrita ao leito e necessitando de cuidados médicos especializados, fonoaudiologia, fisioterapia, nutricionista e assistência/cuidados de enfermagem 24 horas, receituários médicos em anexo.

Sendo assim, a requerente está internada em casa e somente com condições clínicas de ser mantida em domicílio desde que o suporte multidisciplinar seja devidamente oferecido.

A paciente a cada dia que passa está agravando e muito preocupados com a falta de assistência especializada; após conversa com outros familiares que tem pacientes na mesma situação o filho da requerente tomou conhecimento de que o plano de saúde deveria fornecer a assistência do tratamento na modalidade de home care e outra alternativa não restou senão a via judicial.

Ora se a paciente é retirada do hospital somente se vier a receber cuidados intensivos em casa, é patente que ainda continuará internada, a alta é apenas formal e apenas ocorrerá a transferência do local de prestação do serviço do hospital para o domicílio.

A autora não está em casa visando sua reabilitação, uma vez que seu quadro de saúde é gravíssimo e apresenta sequelas irreversíveis, ela na verdade não tem opção a não ser a internação domiciliar, recomendada e prescrita por profissional habilitado e empregado da ré.

Frise-se que o tratamento domiciliar não é pleiteado por comodismo ou conveniência, mas por necessidade física e orientação médica; a opção de tratamento pela modalidade home-care foi adotada uma vez constatada a necessidade de continuar recebendo intervenção, não cessando a indispensabilidade de toda a assistência terapêutica.

Obs: Não foi anexada nenhuma planilha discriminando os itens solicitados

2 – CONTEXTO

Trata-se de paciente com 85 anos, com mal de Parkinson, demência avançada. Após pneumonia de aspiração evoluiu com sequelas irreversíveis, totalmente dependente, alimentação por gastrostomia, necessita de mudança constante de decúbito para tratar e evitar escaras. Com necessidade de acompanhamento contínuo de equipe multiprofissional.

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

3 - PERGUNTA CLÍNICA ESTRUTURADA

População: paciente idosa com demência avançada, com sequelas irreversíveis e totalmente dependente para atividades diárias.

Intervenção: assistência domiciliar qualificada e multidisciplinar com cuidados paliativos;

Comparação: não se aplica

Desfecho: melhora da qualidade de vida.

4 - DESCRIÇÃO DA TECNOLOGIA A SER AVALIADA¹

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 feitos 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, ou Home Care, 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.

Definição de Atenção Domiciliar, segundo Ministério da Saúde: PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016¹:

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 às 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. 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.

Link¹: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

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 pela equipe multidisciplinar que assiste ao 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 e distanásia com tratamentos e reabilitações inapropriados.

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

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

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.

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. 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

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

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.

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://bvsmms.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.

Famíliares 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.

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).

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.

Sempre enfatizar 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 e distanásia com tratamentos e reabilitações inapropriados.

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.

