

I - Informações sobre a enfermidade ou problema de saúde, por meio de apresentação da linha terapêutica padronizada no Sistema Único de Saúde (SUS) para patologia correspondente à Classificação Internacional de Doença (CID) que acomete o requerente da ação judicial;

Segundo consta nos autos, a requerente tem 02 meses, apresentou encefalopatia hipoxico-isquêmica (CID10: P91.6). Paciente traqueostomizada, dependente de oxigênio suplementar e ventilação mecânica e uso de sonda enteral. Não foi informado diagnóstico nutricional. Requer atendimentos multiprofissionais domiciliares (fonoaudiólogo 1x/semana, fisioterapeuta 2x/dia, Nutricionista 2x/mês, Terapeuta ocupacional 2x/semana, Enfermeiro 1x/mês, Técnico de Enfermagem 24 horas/dia e Médico Pediatra 1x/semana), fórmula láctea industrializada de partida (opções em laudo médico), sondas de aspiração, aspirador portátil de secreções, concentrador de oxigênio ou cilindro de oxigênio e ventilador mecânico para uso domiciliar.

Encefalopatia Hipóxico-isquêmica (EHI): A EHI representa uma grave situação clínica que resulta em hipoperfusão cerebral, acidose e hipóxia, com consequente lesão intraparenquimatosa, muitas vezes irreversível, cursando com elevada morbimortalidade. Em casos mais graves a mortalidade atinge 55% a 75% dos casos, ocorrendo ainda no primeiro mês de evolução. Aqueles que sobrevivem à lesão inicial podem apresentar retardo mental, paralisia cerebral e epilepsia.

Fisiopatologia: A hipóxia cerebral, bem como a isquemia devido à condições sistêmicas levam a redução da PPC, desencadeando fenômenos lesivos ao encéfalo. O aumento da perfusão cerebral resultante da vasodilatação compensatória representa a resposta cerebral inicial à asfixia. A hipóxia tecidual, bem como a hipercapnia, são estímulos potentes para a vasodilatação. Há aumento de catecolaminas em resposta à hipoperfusão cerebral, promovendo redistribuição da fração de ejeção cardíaca. Nas crianças, no entanto, poucos estudos foram realizados na tentativa de elucidar os valores compreendidos entre PAS e PAD nos processos de autorregulação da perfusão cerebral 8-10. Após a falência dos mecanismos compensatórios de perfusão cerebral, a bomba de sódio-potássio ATPase perde sua capacidade de funcionamento resultando num edema citotóxico. A temperatura cerebral diminui com o aumento da liberação de GABA transaminase.

Neste momento, inicia-se o processo de apoptose neuronal e ativação da cascata inflamatória. Ocorre aumento da liberação de aminoácidos excitatórios (glutamato e aspartato), ativação dos receptores NMDA (N-Metil-D-Aspartato), AMPA (ácido alfa amino-3-hidróxi-5-metil-4-isoxazol propiônico) e cainato, peroxidação lipídica e produção de superóxidos. O resultado dessa lesão bem como as sequelas neurológicas dependerá diretamente do tempo de asfixia, da área acometida e da revascularização precoce.

Cerca de 6h à 24h após a lesão inicial, o edema cerebral começa a caracterizar-se. Quando o processo ocorre em idade precoce, os fatores determinantes para sequelas neurológicas incluem os aspectos nutricionais do feto, restrição do crescimento intrauterino e alguma doença de base porventura presente.

Fonte: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3392.pdf>

II - Tratamentos realizados e alternativas de tratamentos possíveis;

A abordagem inicial deve priorizar a manutenção das vias aéreas ventilação, circulação e PAS. As convulsões deverão ser tratadas, mesmo quando assintomáticas; somente detectadas ao eletroencefalograma (EEG). Devem-se sempre atentar para o cuidado e não hiperventilar o paciente devido à hipoperfusão consequente a tal manobra. Algumas vezes será necessária a utilização de fármacos vasoativos tais como noradrenalina ou dobutamina para manutenção pressórica. Evitar

hiper ou hipoglicemia. Sempre observar os sinais de hipertensão intracraniana, tratando-a rapidamente. Alguns estudos têm mostrado o benefício da hipotermia, em torno de 3-4° C abaixo da temperatura corpórea. A hipotermia parece diminuir o metabolismo cerebral, reduzindo assim a produção de espécies reativas de oxigênio, a secreção exacerbada de neurotransmissores excitatórios, a taxa de apoptose e a permeabilidade capilar.

Fonte: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3392.pdf>

A **Assistência Domiciliar (AD)** é o cuidado que o paciente recebe da equipe multiprofissional em domicílio, essa modalidade também é conhecida como Home Care e está sendo cada vez mais utilizada pela sociedade devido aos inúmeros benefícios proporcionados como, por exemplo: atendimento humanizado para com o paciente, maior conforto e privacidade para o paciente, diminuição do índice de infecção hospitalar, maior disponibilidade de leitos hospitalares; tranquilidade do paciente em estar em ambiente familiar e perto das pessoas que ama, entre tantos outros.

Segundo Mendes, “assistência domiciliar à saúde é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional”, ou seja, qualquer pessoa, independentemente da idade, pode necessitar da AD podendo ser idosos, crianças ou indivíduos de meia idade que possuam sequelas de patologias ou acidentes traumáticos, no qual a capacidade funcional foi reduzida, podendo ainda ser executada em qualquer ambiente fora do hospital desde que as exigências sejam atendidas garantindo a segurança do paciente.

O principal objetivo da AD é visar o bem-estar do paciente e a melhora rápida e significativa do quadro de saúde do mesmo, sendo de suma importância ao enfermeiro desenvolver ações de educação, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

Para a execução da assistência domiciliar é importante considerar os níveis de complexidade, que são divididos em três. Neles deve-se avaliar a incapacidade funcional e as necessidades do paciente segundo a doença apresentada, e definir o grau de complexidade do mesmo, no qual pode ser elencado em baixa complexidade: visita domiciliar; média Complexidade: assistência domiciliar; e alta complexidade: internação domiciliar.

Independente do grau de complexidade em que o paciente se encaixa é importante que o atendimento seja executado de forma holística, avaliando-o como um todo e também de forma humanizada respeitando, além dele, seus familiares e o seu domicílio.

A estrutura da assistência domiciliar engloba um conjunto de componentes que inicia no hospital ou clínica e estende-se no domicílio paciente, família, cuidador, e equipe multiprofissional onde cada local ou indivíduo desempenha uma função vital para que aconteça a assistência domiciliar de forma adequada e eficaz.

O primeiro componente é o hospital onde o médico realiza a avaliação do paciente e, juntamente com o enfermeiro, realiza a prestação dos cuidados necessários. Cabe ao profissional médico decidir pela alta hospitalar após cura do mesmo, ou indicar a assistência domiciliar para o paciente, a AD traz benefícios também para o hospital, pois é devido a indicação desse tratamento que é disponibilizado leitos hospitalares, reduzindo custos com o paciente.

O segundo componente é a residência ou lar em que o paciente reside, podendo ser em casa própria ou casas de apoio, no entanto existem as exigências solicitadas para a execução da AD, pois o local deve ser adequado para guardar equipamentos, no caso da internação domiciliar, guardar medicações, e oferecer segurança tanto para o paciente quanto para os profissionais que vão executar os serviços da assistência domiciliar.

O terceiro componente é paciente que possui inúmeras necessidades a serem sanadas pela equipe multiprofissional, uma vez que em muitos casos grande parte do estado físico está comprometido, o que exige cuidados complexos. Outro aspecto relevante é o psicológico do paciente, que geralmente está em conflito, tornando-se de suma importância desenvolver uma relação interpessoal com ele, ganhando sua confiança e o ajudando a enfrentar seus medos, o que pode proporcionar uma melhora mais rápida do seu quadro clínico.

O quarto fator abordado é a família, que segundo Silva et al. deve dar suporte emocional,

lazer e encorajar o paciente a aderir ao tratamento, sendo vista como porto seguro do paciente, auxiliando-o nas tomadas de decisões.

O quinto componente é o cuidador que é obrigatório em casos de internação domiciliar, o mesmo pode ser um familiar ou uma pessoa contratada para executar as tarefas simples com o paciente, como por exemplo: higienização, passear com o paciente, administrar medicação, etc.

O sexto componente é a equipe multiprofissional que é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos entre outros. A participação ativa desses profissionais é de suma importância para recuperação do paciente, contudo somente após o avaliação e classificação do paciente é possível decidir o nível de complexidade mais adequado, e designar os profissionais que devem atendê-lo. É imprescindível que a equipe multiprofissional possua uma relação interpessoal para melhor tratamento do cliente, sendo, também, comprometidos com a ética, almejando sempre o bem-estar do paciente.

A capacidade funcional consiste na habilidade e competência do ser humano para a realização de atividades diárias básicas que são essenciais para nossa vida, sem precisar da ajuda de terceiros, atividades essas que podem variar desde a higienização pessoal, até a preparação e ingestão de alimentos e limpeza do ambiente em que vive, entre outros.

Ao longo do processo natural do envelhecimento em nossas vidas, essas capacidades vão sendo desenvolvidas e aperfeiçoadas, mas conforme os anos vão passando as mesmas vão sendo gradativamente reduzidas, recebendo o nome de incapacidade funcional quando não conseguimos mais desempenhar essas atividades básicas sozinhos, necessitando, assim, da ajuda de outra pessoa.

A capacidade funcional, em bom estado, pode estar diretamente relacionada ao estado de saúde do paciente. Uma pessoa saudável consegue manter suas habilidades físicas e mentais por mais tempo, assim como pessoas que apresentam patologias podem perder um pouco de sua autonomia.

A internação domiciliar trata-se do atendimento em saúde de alta complexidade, nesse nível de cuidado é imprescindível que o paciente esteja sob o acompanhamento não só do enfermeiro como também da equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos de enfermagem, terapeutas e quaisquer outros profissionais que forem necessários para o acompanhamento do caso.

Diversos cuidados domiciliares podem ser prestados por familiares e cuidadores, após capacitação destes por profissionais de saúde, para execução de cuidados e uso de alguns equipamentos.

III - Informações sobre o (s) medicamento (s), exame(s) ou procedimento(s) solicitado(s), especialmente sua indicação terapêutica, dosagem, eficácia, se tem caráter experimental, efeitos adversos e imprescindibilidade no tratamento da patologia e se é a única opção;

Os **insumos** solicitados são disponibilizados na Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência, mediante cadastro no programa de acamados.

NANI é uma fórmula infantil para lactentes de 0 a 6 meses. Com DHA, ARA e Nucleotídeos. Não contém glúten. Segundo o fabricante, sua formulação proporciona não somente o crescimento e desenvolvimento adequado do lactente mas também, contribui com a redução do risco de obesidade no futuro, facilita a digestão (relacionada com menos sintomas gastrintestinais – episódios de constipação, cólica e diarreia), além de proporcionar fezes mais macias e ter um menor potencial alergênico. Além de possuir DHA e ARA, que contribuem para o desenvolvimento cerebral e visual e nucleotídeos que contribuem para o adequado funcionamento do sistema imunológico, as fórmulas infantis Nan Supreme são as únicas com menor quantidade de proteína e melhor qualidade no perfil de aminoácidos, buscando com isso, se aproximar ainda mais (o que sabemos ser impossível) ao nosso conhecido padrão ouro, o leite materno.

Há diversos tipos de fórmulas infantis disponíveis no mercado, cada uma com uma finalidade (de partida, de segmento, hipercalórica, para prematuro, etc.) mas todas, devem seguir especificações nutricionais descritas na legislação vigente.

Fórmula infantil de partida é indicada para recém-nascidos e lactentes (criança de 0 a 6

meses), impossibilitados de receberem leite materno, elas devem ter formulações que preencham as necessidades de nutrientes de crianças saudáveis, até o 6º mês de vida. Entre as diversas fórmulas de partida existentes no mercado (brasileiro) temos: Nan 1 Pro®, Nan 1 Supreme®, Aptamil 1 Premium®, Enfamil Premium 1®, Nan Comfor 1®, Milupa 1®, Nestogeno 1® e o Similac Advance 1®. Genericamente podemos dizer que elas têm a mesma finalidade e que são semelhantes. Porém, assim como vemos a grande variação de preço entre elas, há também diferenças nas formulações de cada uma, resultando em diferença na densidade calórica e quantidade de nutrientes, por exemplo.

A **fisioterapia** como associação de procedimentos utilizados para tratar e prevenir diversos tipos de lesões e doenças no corpo humano, é extremamente importante em todas as fases da vida humana, tanto na prevenção como no tratamento de problemas de saúde. Ela pode ser realizada em clínicas ou consultórios especializados ou no domicílio do paciente, com toda a comodidade e facilidade. Um dos ramos mais procurados dessa especialidade é a fisioterapia motora, também chamada de fisioterapia traumato-ortopédica.

As técnicas aplicadas nas sessões fisioterápicas motoras são variadas, sendo combinadas e aplicadas conforme a necessidade específica de cada paciente, levando em consideração a sua idade, o tipo de lesão, a evolução da doença ou disfunção, entre outros aspectos.

A fisioterapia motora domiciliar é utilizada tanto para prevenir quanto para tratar problemas dos músculos, ossos, articulações e tendões do corpo, sobretudo em casos de fraturas, cirurgias e patologias específicas. As principais vantagens dessa especialidade são a recuperação da função motora e o alívio das dores comuns a diversos quadros médicos relacionados.

Na prevenção, o fisioterapeuta identifica e corrige problemas posturais, musculares e ósseos que podem ocasionar lesões futuras graves. No tratamento, diversas doenças são englobadas, principalmente as lesões por esforço repetitivo (LER/DORT), hérnias de disco, tendinites, recuperação pós fraturas e cirurgias ortopédicas, problemas posturais e de ligamentos, disfunções neuromotoras, entre tantas outras. Tais tratamentos promovem a substancial melhora da qualidade de vida do paciente.

As técnicas utilizadas para a fisioterapia são combinadas entre si e adequadas conforme a necessidade individual do paciente. Entre as principais, estão a massagem, os exercícios específicos, tratamentos com água em temperaturas alternadas e também com aparelhos próprios.

O **fonoaudiólogo** é um profissional de Saúde, com graduação plena em Fonoaudiologia, que atua de forma autônoma e independente nos setores público e privado. É responsável pela promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da função auditiva periférica e central, da função vestibular, da linguagem oral e escrita, da voz, da fluência, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição. Exerce também atividades de ensino, pesquisa e administrativas.

A **oxigenoterapia** consiste na administração de oxigênio acima da concentração do gás ambiental normal (21%), com o objetivo de manter a oxigenação tecidual adequada, corrigindo a hipoxemia e conseqüentemente, promover a diminuição da carga de trabalho cardiopulmonar através da elevação dos níveis alveolar e sanguíneo de oxigênio. Vale ressaltar que alguns tipos de nebulizadores (a jato, por exemplo) utilizam o fluxo de oxigênio com o objetivo de promover névoa, e não necessariamente reverter a hipoxemia, partilhando as partículas de medicamentos e promovendo a reversão do broncoespasmo da musculatura lisa da árvore brônquica.

Segundo a “American Association for Respiratory Care” (AARC), as indicações básicas de oxigenoterapia são:

- $PaO_2 < 60$ mmHg ou $Sat O_2 < 90$ % (em ar ambiente);
- $Sat O_2 < 88\%$ durante a deambulação, exercício ou sono em portadores de doenças cardiorrespiratórias;
- IAM;
- Intoxicação por gases (monóxido de carbono);
- Envenenamento por cianeto.

No que concerne à variação de administração de oxigênio, podemos classificar os sistemas de liberação do gás em sistemas destinados a liberar concentrações baixas (<35%), moderadas (35 a 60%) ou altas (>60%). No entanto, estas concentrações dependerão da profundidade inspiratória de cada paciente. Quanto maior for uma inspiração, maior a diluição do oxigênio fornecido e menor a fração inspiratória de oxigênio (FiO₂). Neste sentido, um sistema que forneça somente uma parte do gás inspirado sempre irá produzir uma FiO₂ variável. Podemos obter uma FiO₂ fixa se utilizarmos um sistema de alto fluxo ou um sistema com reservatório, daí a necessidade de se eleger um sistema adequado.

Concentradores de oxigênio: Nos últimos vinte anos, um novo método de fornecer oxigênio se transformou no modo mais prático e mais barato para oxigenoterapia domiciliar individual. Consiste na utilização dos concentradores de oxigênio, que são máquinas capazes de separar o oxigênio, do nitrogênio do ar ambiente pela ação de uma substância (silicato de alumínio sintético) que funciona como peneira molecular. Apesar do consumo de energia elétrica, ainda assim os concentradores constituem-se em método menos dispendioso que oxigênio fornecido em cilindros, sem contar sua maior praticidade. Os procedimentos relacionados com sua utilização são muito simples e fáceis de assimilar pelo próprio paciente ou seu cuidador (Oliveira; Jardim et al, 2000. p. 25).

Concentradores de oxigênio fornecem O₂ abaixo de 100%, usualmente 85% ou mais até 4 litros por minuto (Marcos; Tadeu; Brandão et al, 2004. p. 406).

Um concentrador de oxigênio é um meio conveniente e eficiente de prover oxigenoterapia domiciliar, e o tubo de oxigênio pode ser ajustado em áreas da casa para permitir mobilidade. Um cilindro de oxigênio é necessário para uso emergencial. Os umidificadores são, algumas vezes, acoplados aos concentradores de oxigênio, mas deve tomar cuidado, pois são uma fonte de um grande potencial de infecção.

Existem três fontes de oxigênio disponíveis para comprar ou alugar, sendo que o conteúdo é sempre o mesmo, não importa a forma da embalagem.

Tipos de Fontes	Vantagens	Desvantagens
Cilindros	Disponível em qualquer parte do país. São armazenados por longo tempo sem perdas. Existem pequenos cilindros para locomoção.	Custo variável, conforme a quantidade de cilindros que o paciente necessitar. São pesados e grandes São perigosos, não podem sofrer quedas Necessitam de recargas freqüentes
Concentrador	Custo menor e fixo Volume de gás limitado Custo de manutenção baixo Fácil uso	Fluxo máximo 5 litros por minuto Necessita de energia elétrica para funcionar Não são portáteis Há necessidade de um cilindro extra na falta de energia elétrica
Oxigênio Líquido	Permite a locomoção com o uso do refil portátil Fornece fluxo de até 6 l/min de oxigênio Não consome energia elétrica	Custo variável, conforme a quantidade de recargas mensais da matriz. Necessitam de recargas freqüentes.

Tabela 6 – Principais Diferenças dos Tipos de Fontes de Oxigênio, Vantagens e Desvantagens (Machado; Coiado; Leme et al, 2002. p. 7).

Respirador mecânico portátil: A ventilação mecânica pode ser invasiva e não-invasiva.

Ventilação mecânica invasiva

É chamada "invasiva" quando qualquer instrumento penetra o corpo, através da boca (como um tubo endotraqueal, por exemplo) ou da pele (como um tubo de traqueostomia, por exemplo). Há dois modos de ventilação mecânica: positiva, em que o ar (ou uma mistura gasosa) é insuflada no interior da traqueia, e negativa, instituída por meio da criação de uma pressão subatmosférica ao

redor do tórax e/ou do abdome do paciente, que aspira o ar para dentro dos pulmões.

Indicações:

Reanimação cardiorrespiratória;

Hipoventilação e apneia, como nos casos de lesões no centro respiratório, intoxicação ou abuso de drogas;

Insuficiência respiratória devido a doença pulmonar;

Falência mecânica do aparelho respiratório: doenças neuromusculares, paralisia (fraqueza muscular); estímulo respiratório instável (trauma craniano, acidente vascular cerebral, intoxicação exógena e abuso de drogas);

Prevenção de complicações respiratórias: pós-operatório de cirurgias de grande porte – abdominais, torácicas, obesidade mórbida;

Diminuição do trabalho muscular respiratório evitando fadiga muscular.

Acesso às vias aéreas para ventilação mecânica invasiva:

Intubação orotraqueal (ITO) – indicada em pacientes com hipoxemia e/ou hipercapnia persistentes, mesmo após a realização de medidas terapêuticas. É precedida de sedação;

Intubação nasotraqueal (INT) – indicada em pacientes sem abertura adequada da boca; quando o acesso à traqueia não é possível por via oral, ex. tumores de cavidade oral, língua, etc.

Cricotireotomia (procedimento emergencial, que consiste no acesso das vias aéreas através da membrana cricotireoidea) indicada para situações de urgência em que não são possíveis as intubações naso e orotraqueal, por exemplo, fraturas extensas de face.

Traqueostomia – indicada para substituir a intubação quando ultrapassa 10 dias e não há previsão de suspensão da VM, ou para pacientes sem nível de consciência adequada ou que necessitem de aspiração de secreções.

Ventilação mecânica não invasiva

A ventilação não invasiva se dá através do uso de máscara que cobre as regiões do nariz e da boca. Ideal para os casos mais simples.

Quais são as consequências possíveis da ventilação mecânica?

A ventilação mecânica pode trazer complicações potenciais, como pneumotórax, lesão das vias aéreas, dano alveolar e pneumonia, além de outras complicações que incluem atrofia do diafragma, diminuição do débito cardíaco e toxicidade do oxigênio.

Um das principais complicações que se apresentam em pacientes sob ventilação mecânica é a lesão pulmonar aguda e a síndrome do desconforto respiratório agudo, contribuintes significativos para a morbidade e mortalidade dos pacientes.

A ventilação mecânica controlada pode conduzir a uma rápida atrofia por desuso do diafragma, que pode desenvolver-se já dentro do primeiro dia. Entre as possíveis complicações da ventilação mecânica contam-se ainda o barotrauma (trauma gerado pela pressão), que é uma complicação da ventilação mecânica com pressão positiva e que inclui pneumotórax, enfisema subcutâneo, pneumomediastino e pneumoperitônio.

Também na ventilação com pressão positiva pode haver prejuízo da motilidade ciliar e, conseqüentemente, do muco nas vias aéreas, podendo causar pneumonia.

O respirador mecânico portátil é um equipamento de suporte ventilatório, podendo ser pressórico ou volumétrico. Ele ajuda na insuficiência respiratória grave com a possibilidade de ajuste dos níveis de pressão, sensibilidade e modo ventilatório.

É indicado para várias patologias de origem degenerativas, neuromusculares e diversas síndromes. Por ser portátil, é uma ótima opção para levar em viagens ou atividades diárias fora de casa. É leve e a bateria.

A ventilação mecânica apenas presta assistência à respiração e deve ser mantida enquanto durar a deficiência. Ela não cura a doença.

IV - Tratando-se de medicamento, deverá referir-se também a classe medicamentosa do

fármaco e seu registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

Não se aplica.

V - Se há risco iminente à vida do paciente;

Não há dados clínicos que indiquem risco iminente à vida da paciente.

VI - Se o paciente está sendo atendido pela rede pública de saúde local ou se a procurou anteriormente;

A paciente está sendo atendida pela rede pública de saúde.

VII - Se o pedido do autor é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em qualquer esfera, considerando especialmente, no caso de fármacos, os Programas de Medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus Protocolos Clínicos e a eficácia dos remédios disponibilizados na rede pública;

Os insumos solicitados são disponibilizados na Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência, mediante cadastro no programa de acamados.

As fórmulas lácteas industrializadas não são oferecidas pelo SUS fora do ambiente hospitalar.

Os atendimentos multiprofissionais solicitados são disponibilizados pela Rede Pública de Saúde, por profissionais lotados na Rede de Atenção Básica do Município (UBS – Unidade Básica de Saúde e UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família), através de visitas domiciliares preconizadas.

Aspirador de Secreções Portátil não é padronizado em tabela SIGTAP, portanto não é fornecido pelo SUS.

A Oxigenoterapia domiciliar (**via cilindro de oxigênio + dispositivo máscara ou cateter ou concentradores de oxigênio**) é padronizada e oferecida pelo SUS aos pacientes cadastrados no Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para **DPOC**, regido pela Portaria SAS/MS nº 609 de 06 de junho de 2013.

O Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares, conforme Portaria Ministerial nº 1.370 de 03/07/2008 e Portaria Ministerial nº 370 de 04/07/2008; que **fornece o aparelho ventilador tipo dois níveis em dois níveis com bilevel (BIPAP), sem distinção de marca a ser adquirida.**

A Portaria estabelece as doenças a serem atendidas pelo Programa citado, sendo que as patologias em questão – Paralisia Cerebral e os outros CID10 apresentados não são contempladas.

VIII - Indicar, quando possível, qual o ente público responsável pelo atendimento do paciente, segundo as normas do Sistema Único de Saúde (SUS);

O Estado e o Município de Paranaíba - MS é responsável pelo atendimento.

IX - Sugerir medicamentos ou tratamentos similares ao requerido, preferencialmente existentes no Sistema Único de Saúde (SUS) obrigatoriamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de comprovada e equiparada eficiência ao requisitado judicialmente, com a mesma comodidade de uso e comparação de custo orçamentário;

Não se aplica.

X - Em caso de pedido de medicamento genérico, observar se a prescrição utilizou-se da legislação vigente e se existe possibilidade de substituição;

Não se aplica.

XI - Conclusão favorável ou desfavorável ao pedido.

Considerando que a paciente está sendo atendida pelo SUS;

Considerando Lei Orgânica da Saúde N. 8.080, de 19 de setembro de 1990, artigo 2º, § 2º -

O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade;

Considerando Lei Orgânica da Saúde N. 8.080, de 19 de setembro de 1990, capítulo II dos Princípios e Diretrizes do SUS, artigo 7º, IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Considerando Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas;

Considerando artigo 17 da Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 que define as Equipes Multiprofissionais de Atendimento Domiciliar (EMAD) – Médicos, Enfermeiros, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Fisioterapeutas ou Assistentes Sociais e Equipes Multiprofissionais de Apoio (mínimo de 03 profissionais) - assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional;

Considerando Seção II, artigo 26, incisos I e II da Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013 que prevê que **o usuário não será incluído no SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar) se houver: necessidade de monitorização contínua e necessidade de assistência contínua de enfermagem;**

Considerando que os atendimentos multiprofissionais solicitados são disponibilizados pela Rede Pública de Saúde, por profissionais lotados na Rede de Atenção Básica do Município (UBS – Unidade Básica de Saúde e UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família), através de visitas domiciliares preconizadas;

Considerando que o atendimento domiciliar com médico especialista – Pediatra, não é padronizado pelo SUS;

Considerando que os insumos solicitados são disponibilizados na Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência, mediante cadastro no programa de acamados.

Considerando a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando que as fórmulas lácteas industrializadas não são oferecidas pelo SUS fora do ambiente hospitalar;

Considerando a idade do requerente, que tem no aleitamento a única fonte de alimentação;

Considerando que aspirador de secreções portátil não consta em tabela SIGTAP, portanto não é fornecido pelo SUS;

Considerando que a paciente é traqueostomizada, sendo imprescindível a aspiração traqueal periódica;

Considerando que a Oxigenoterapia domiciliar (via cilindro de oxigênio + dispositivo máscara ou cateter ou concentradores de oxigênio) é padronizada e oferecida pelo SUS aos pacientes cadastrados no Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para DPOC, regido pela Portaria SAS/MS nº 609 de 06 de junho de 2013;

Considerando o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva aos Portadores de Doenças Neuromusculares, conforme Portaria Ministerial nº 1.370 de 03/07/2008 e Portaria Ministerial nº 370 de 04/07/2008; que fornece o aparelho ventilador tipo dois níveis em dois níveis com bilevel (BIPAP), sem distinção de marca a ser adquirida;

Considerando que a Portaria acima estabelece as doenças a serem atendidas pelo Programa citado, sendo que as patologias em questão não são contempladas;

Considerando a patologia da requerente e a imprescindibilidade na utilização de oxigênio contínuo e ventilação mecânica;

Em face ao exposto, este Núcleo de Apoio Técnico é favorável ao pedido de atendimento domicilia multiprofissional (fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapia ocupacional, enfermeiro e nutricionista), sondas de aspiração, fórmula láctea industrializada de partida, aspirador de secreções portátil, oxigenioterapia e ventilador mecânico para uso domiciliar e desfavorável ao pedido de médico pediatra em nível domiciliar e técnico de enfermagem 24 horas/dia.