

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 laudo médico e demais documentos apresentados, a requerente tem 92 anos de idade (DN: 12/08/1929), reside no Município de Campo Grande/MS, possui diagnóstico de doença de Alzheimer – CID G 30. Em estado vigil, acamada. Requer cama hospitalar motorizada, incluindo acessórios e manutenção.

A **Doença de Alzheimer (DA)** é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais.

A DA se instala, em geral, de modo insidioso e se desenvolve lenta e continuamente por vários anos. As suas alterações neuropatológicas e bioquímicas podem ser divididas em duas áreas gerais: mudanças estruturais e alterações nos neurotransmissores ou nos sistemas neurotransmissores. As mudanças estruturais incluem os enovelados neurofibrilares, as placas neuríticas e as alterações do metabolismo amiloide, bem como as perdas sinápticas e a morte neuronal. As alterações nos sistemas neurotransmissores estão ligadas às mudanças estruturais (patológicas) que ocorrem de forma desordenada na doença. Alguns neurotransmissores são significativamente afetados ou relativamente afetados, indicando um padrão de degeneração de sistemas. Porém, sistemas neurotransmissores podem estar afetados em algumas áreas cerebrais, mas não em outras, como no caso da perda do sistema colinérgico córtico-basal e da ausência de efeito sobre o sistema colinérgico do tronco cerebral. Efeitos similares são observados no sistema noradrenérgico. Além da degeneração do sistema colinérgico, ocorre também aumento da perda dos neurônios glutaminérgicos, com distúrbios nos receptores N-metil-Daspartato (NMDA – receptor glutaminérgico) e na expressão do receptor do ácido α -amino-3-hidroxi-5- metil-4-isoxazolepropiónico no córtex cerebral e hipocampo ao longo da evolução da.

Os fatores de risco bem estabelecidos para DA são idade e história familiar da doença (o risco aumenta com o número crescente de familiares de primeiro grau afetados). A etiologia de DA permanece indefinida, embora progresso considerável tenha sido alcançado na compreensão de seus mecanismos bioquímicos e genéticos. É sabido que o fragmento de 42 aminoácidos da proteína precursora B-amiloide tem alta relevância na patogênese das placas senis e que a maioria das formas familiares da doença é associada à superprodução dessa proteína. Algumas proteínas que compõem os enovelados neurofibrilares, mais especialmente a proteína Tau hiperfosforilada e a ubiquitina, foram identificadas, mas a relação entre a formação das placas, a formação do enovelado neurofibrilar e a lesão celular permanece incerta. Sabe-se que o alelo E4 do gene da apolipoproteína E (ApoE) é cerca de três vezes mais frequente nas pessoas com DA do que nos sujeitos-controle pareados por idade e que pessoas homozigotas para esse gene apresentam maior risco para a doença do que as não homozigotas. Entretanto, a especificidade e a sensibilidade do teste da ApoE são muito baixas para permitir seu uso como teste de rastreamento na população geral. (**Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Alzheimer, Portaria Conjunta SAS/MS nº 13 de 28 de novembro de 2017**)

II - Tratamentos realizados e alternativas de tratamentos possíveis.

O tratamento da deve ser multidisciplinar, contemplando os diversos sinais e sintomas da doença e suas peculiaridades de condutas. O objetivo do tratamento medicamentoso é propiciar a estabilização do comprometimento cognitivo, do comportamento e da realização das atividades da vida diária (ou modificar as manifestações da doença), com um mínimo de efeitos adversos.

Em relação a intervenções não farmacológicas, o exercício físico de qualquer modalidade demonstrou efeito benéfico sobre a cognição de pacientes com demência devido a DA, embora o número de estudos incluídos na metanálise tenha sido pequeno e a heterogeneidade tenha sido muito grande entre eles, impedindo recomendações sobre qual tipo de exercício deveria ser feito. Além disso, uma revisão sistemática das revisões sistemáticas que avaliaram o efeito de diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas nas atividades de vida diária de indivíduos com demência demonstrou que intervenções diádicas (terapêuticas que envolviam o indivíduo com demência e seu cuidador em atividades amplamente definidas como psicossociais, estimulando atividades significativas de vida diária e fazendo adaptações ambientais) foram efetivas em minimizar o declínio funcional. A diferença de média estandardizada foi de 0,68 com intervalo de confiança entre 0,08 e 1,27, e a qualidade de evidência (segundo o GRADE) foi considerada baixa. Os estudos incluídos demonstraram grande heterogeneidade quanto aos tipos de intervenções e pobre detalhamento das técnicas utilizadas, tanto nas suas características como na frequência, intensidade e duração.

Outra revisão sistemática concluiu que a evidência em relação aos benefícios de treino e reabilitação cognitiva para pacientes com demência segue limitada, havendo necessidades de mais estudos com uma descrição mais clara das intervenções para se obter evidência mais definitiva. Uma outra revisão sistemática das revisões sistemáticas sobre o efeito de intervenções não farmacológicas no controle de sintomas psicológicos e comportamentais na demência, publicada mais recentemente (2017), demonstrou que técnicas de conduta comportamental, treino de habilidade de comunicação para cuidadores, cuidados centrados no indivíduo, mapeamento de cuidados necessários a pacientes com demência feitos com supervisão foram efetivos para agitação sintomática e grave de pacientes com demência. Novamente a heterogeneidade dos tipos e características das intervenções e a descrição genérica das intervenções foram consideradas as limitações mais relevantes na avaliação dos estudos. Sendo assim, esses aspectos necessitam ser aprimorados para que intervenções não farmacológicas padronizadas, bem definidas e operacionalizadas, e assim reproduzíveis, sejam incorporadas às tecnologias em saúde usadas no tratamento das demências.

(Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Alzheimer, Portaria Conjunta SAS/MS nº 13 de 28 de novembro de 2017).

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;

A **cama hospitalar** é uma cama especialmente concebida para a internação de pacientes ou pessoas que precisam de algum tipo de cuidados com a saúde, a cama hospitalar tem uma série de características, tanto para o conforto e bem-estar do paciente quanto para a conveniência dos profissionais de saúde. A cama hospitalar manual, por exemplo, tem características comuns que são a regulagem de elevação de dorso e a elevação dos pés que é feito por manivelas instaladas na parte da peseira da cama podendo assim o auxiliar de saúde regular o paciente na melhor posição possível para o paciente. Levantar a cabeça (conhecido como posição de Fowler) pode proporcionar alguns benefícios para o paciente, o pessoal, ou ambos. A posição do Fowler é usada para sentar o paciente em posição vertical para alimentação ou outras atividades, ou em alguns pacientes, pode facilitar a respiração, ou pode ser benéfica para o paciente por outras razões. Elevando os pés pode ajudar a facilidade de movimento do paciente em direção à cabeceira da cama e também pode ser necessário para certas condições. Elas podem ser manuais e motorizadas/elétricas.

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. Ainda, não se justifica o pedido de urgência pois as doenças de base não são tratadas com o equipamento solicitado, sendo razoável aguardar a resolução administrativa da solicitação conforme protocolos vigentes e pelos meios/órgãos responsáveis no SUS, com a celeridade imposta por questões de saúde.

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;

Cama hospitalar e colchão hospitalar não são contemplados na tabela SIGTAP, portanto não são fornecidos pelo SUS.

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

O Município de Campo Grande - 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;

Quando realizada efetivamente, a mudança de decúbito se mostra eficaz na prevenção de úlceras de pressão, em conjunto com a utilização do colchão casca de ovo inflável.

A cama hospitalar traz algumas comodidades extras, mas pode ser facilmente substituída por camas habituais, sem prejuízo. Não faz parte do material disponível no SUS.

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 a obrigação familiar de prestar assistência básica à paciente;

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 que cama hospitalar não é contemplada na tabela SIGTAP, portanto não é fornecida pelo SUS;

Considerando que a cama hospitalar traz algumas comodidades extras, mas pode ser facilmente substituída por camas habituais, não havendo imprescindibilidade de uso em detrimento das camas disponíveis;

Considerando que apenas nos casos em que se verifica a imprescindibilidade do procedimento/equipamento/produto e a ineficácia das alternativas existentes é que devem ser concedidos equipamentos não disponíveis no SUS;

Considerando que a cama hospitalar motorizada não é contemplada pelas tabelas do sistema

público de saúde, além de estar relacionada a um alto custo efetivo para o Estado, em decorrência de ser de alta complexidade, o que prioriza o individual em detrimento do coletivo;

Considerando que cama hospitalar não foi objeto de análise pela CONITEC para uma possível incorporação ao SUS;

Em face ao exposto, este Núcleo de Apoio Técnico é desfavorável ao pedido de cama hospitalar motorizada.