Nota Técnica 366795

Data de conclusão: 24/06/2025 15:04:06

Paciente

Idade: 77 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Rodeio Bonito/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 366795

CID: I69.2 - Seqüelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas

Diagnóstico: (I69.2) Seqüelas de outras hemorragias intracranianas não traumáticas

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Produto

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Descrição: Assistência domiciliar por equipe multiprofissional - 03.01.05.002-3

O produto está inserido no SUS? Sim

O produto está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Assistência domiciliar por equipe multiprofissional - 03.01.05.002-3

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Assistência domiciliar por equipe multiprofissional - 03.01.05.002-3

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Assistência domiciliar por equipe multiprofissional - 03.01.05.002-3

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
Considerando o quadro clínico atual, trata-se de cenário que impõe necessidade de cuidado domiciliar para o manejo de condições cronicamente instaladas em paciente restrito ao leito.
A assistência domiciliar na modalidade home care é uma das ferramentas criadas para lidar com a crescente demanda por internações hospitalares ligadas ao envelhecimento da população. Seu objetivo é evitar novas internações e antecipar as altas hospitalares, levando parte da estrutura do hospital ao domicílio. Recentemente, alguns países avançaram na priorização dessa modalidade de assistência, como Inglaterra, Escócia, Austrália e Espanha [1].
O tipo de serviço ofertado no home care é bastante variável e dependente do modelo de financiamento. Nos Estados Unidos, por exemplo, na maioria dos seguros de saúde, a assistência domiciliar é episódica, focada na reabilitação, em vez de ser longitudinal. [2]
No Sistema Único de Saúde, há previsão desse tipo de cuidado através de equipes de Atenção Domiciliar (AD) pelas unidades de Saúde (Atenção Domiciliar complexidade 1, AD1) ou pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), através dos níveis AD2 e AD3. Sobre essa assistência, reforçamos aquilo que consta na Portaria Nº 825, de 25 de Abril de 2016 [3] que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas:
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, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador [...]
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 [...]
De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, pacientes que apresentem traqueostomia necessitam de acompanhamento na modalidade nível AD2 [4].
Uma revisão sistemática foi realizada para determinar a eficácia e o custo do tratamento de pacientes com complexidade hospitalar em casa, em comparação com o tratamento hospitalar de internação. Foram incluídos 20 ensaios clínicos randomizados com um total de 3.100 participantes. A maioria dos estudos incluídos foi considerada como de baixo risco de viés de seleção, detecção e atrito, e risco pouco claro para viés de desempenho e de publicação [1].
Para a população idosa, a conclusão da revisão é de que o home care provavelmente traz pouca ou nenhuma diferença na mortalidade em seis meses de acompanhamento (razão de risco (RR) 0,88, intervalo de confiança (IC) de 95% 0,68 a 1,13; P = 0,30; I2 = 0%; 5 ensaios, 1502 participantes; evidência de certeza moderada); pouca ou nenhuma diferença na probabilidade de ser readmitido no hospital após alta hospitalar em casa ou internação hospitalar dentro de 3 a 12 meses de acompanhamento (RR 1,14, IC de 95% 0,97 a 1,34; P = 0,11; I2 = 41%; 8 ensaios, 1757 participantes; evidência de certeza moderada); e provavelmente reduz a probabilidade de viver em instituições em seis meses de acompanhamento (RR 0,53, IC 95% 0,41 a 0,69; P < 0,001; I2 = 67%; 4 ensaios, 1271 participantes; evidência de certeza moderada). O home care provavelmente resulta em pouca ou nenhuma diferença no estado de saúde autorrelatado pelo paciente (2006 pacientes; evidência de certeza moderada). A satisfação com os cuidados de saúde recebidos parece ser melhor no home care (1812 participantes; evidência de baixa certeza); poucos estudos relataram o efeito sobre os cuidadores.
O home care reduziu a duração média inicial da internação hospitalar (2036 participantes; evidência de baixa certeza), que variou de 4,1 a 18,5 dias no grupo hospitalar e de 1,2 a 5,1 dias no grupo home care. A duração do home care variou uma média de 3 a 20,7 dias. O home care provavelmente reduz os custos para o serviço de saúde em comparação com a internação hospitalar (2148 participantes; evidência de certeza moderada), e há algumas evidências de que diminui os custos sociais gerais no seguimento desses pacientes por seis meses.
A conclusão dos autores é de que o home care, com a opção de transferência para o hospital, pode fornecer uma alternativa eficaz ao atendimento hospitalar para um grupo seleto de idosos com indicação de internação hospitalar. A intervenção provavelmente faz pouca ou nenhuma diferença nos resultados de saúde do paciente; pode melhorar a satisfação; provavelmente reduz a probabilidade de realocação para instituições; e provavelmente diminui os custos.
Considerando especificamente as questões assistenciais, não há dados clínicos no processo que corroborem com a necessidade do acompanhamento diário por período de 24 horas com profissional técnico de enfermagem. Cuidados prestados a paciente clinicamente estável, objetivando a observação, o conforto, a higiene, o manejo da via aérea e a administração de medicações não precisam ser realizados por profissional técnico, mas sim por cuidador devidamente capacitado [3,4,5].

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
Home Care	Contratação mensal de assistência à saúde multiprofissional contínua, incluindo	12	R$ 43.365,00	R$ 520.380,00

materiais, equipamentos e medicamentos.

*Conforme menor orçamento apresentado no processo (Evento 1, OUT8, Pág. 1).
Não foram encontradas análises econômicas considerando o cenário em tela para a realidade brasileira.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Comodidade para os cuidadores. Sem evidências de benefício clínico direto ao paciente.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: Assistência domiciliar por equipe multiprofissional - 03.01.05.002-3

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A partir das informações clínicas disponibilizadas e das políticas públicas vigentes, concluímos que para os cuidados diários a parte autora necessita de cuidador que a apoie nas rotinas de higiene, troca de fraldas, mudanças de decúbito, alimentação e aspiração traqueal. Esse cuidador não necessita ter formação, mas receber orientação das equipes de saúde.
Consta no processo um relatório de visita da assistente social do município, a fim de avaliar a situação familiar. O papel da assistência social é destacado nesse cenário. No Brasil, já existe a necessidade urgente de efetivação do processo de intersetorialidade entre o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e o SUS, como já ocorre em outros países com tradição nos cuidados de longa duração, sejam eles na comunidade ou institucionais, pois o envelhecimento populacional demandará outros arranjos na organização dos cuidados domiciliares, e nem sempre a equipe de Saúde poderá dar conta de todas as demandas de cuidados nos lares [4].
É compreensível que a esposa tenha dificuldade em garantir a rotina de cuidados à parte autora, portanto vê-se a necessidade de se construir alternativas para esse cuidado. O trabalho de cuidador tem sido pauta do Poder Executivo da União através do Projeto de Lei 2762/24 que cria a Política Nacional de Cuidados. Este projeto tem por objetivo garantir o acesso ao cuidado de qualidade para quem dele necessita, o trabalho decente para trabalhadoras e trabalhadores remunerados do cuidado e a redução da sobrecarga de trabalho para quem cuida de forma não remunerada. Trata-se de um trabalho fundamental, de extrema relevância social, mas que tende a ser invisível e causar sobrecargas físicas, psíquicas e emocionais e que nem todas as pessoas conseguem executar [6].
Entretanto, considerando a concretização da impossibilidade da esposa e de familiares em realizar o cuidado do autor, ou ainda da ausência de outras pessoas que possam auxiliar nessa rotina, que seja avaliada a possibilidade de institucionalização da parte em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Lembramos que, em caso de institucionalização, a parte autora poderá continuar em acompanhamento pelo SUS, mantendo acesso aos recursos já disponíveis para ela. Além disso, a esposa e demais familiares poderão realizar visitas ao autor, inclusive diárias, em vez de assumir a rotina de cuidado.
Pelo que se observa no processo, a unidade básica de saúde de referência da parte autora não está envolvida na atenção à sua saúde. De fato, a indicação de home care se dá por médico privado. Desta forma, um dos primeiros movimentos necessários é vincular os familiares e a

parte autora à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência em seu município, visando a coordenação do cuidado.
Em relação às prescrições de materiais, equipamentos e terapias multiprofissionais, entendemos que estes devem ser avaliados pelo profissional (ou equipe) de saúde ao qual a parte será vinculada na UBS de referência, que terão condições de avaliar o caso em tela e construir um plano terapêutico junto à família, indicando qual a necessidade de materiais, insumos e equipamentos e orientando a família sobre os caminhos possíveis de acesso pelo SUS, como é o caso das fraldas, que podem ser obtidas pelo Programa Farmácia Popular, e da terapia nutricional enteral, que encontra-se disponível a partir do Programa de Medicamentos Especiais da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.
Sendo o que nos cabia, por ora, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, Shepperd S. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2024, Issue 3. Art. No.: CD007491. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007491.pub3/epdf/full

2. Twaddle ML, McCormick E. Palliative care delivery in the home. [Internet]. UpToDate. 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-delivery-in-the-home Brasil. Ministério da Saúde.

3. PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

4. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar [Internet]. 1a ed. Vol. 2. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

5. PARECER COREN/GO Nº 044/CTAP/2020 ASSUNTO: PROCEDIMENTO DE ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA POR CUIDADOR EM AMBIENTE DOMICILIAR. 09 dez 2020. Disponível em: https://www.corengo.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Aspira%C3%A7%C3%A3o-traqueostomia.pdf

6. BRASIL. Projeto de Lei 2762/24. Fonte: Agência Câmara de Notícias. Disponível em:
   - https://www.camara.leg.br/noticias/1091305-projeto-do-governo-institui-a-politica-nacional-de-cuidados.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Consta em documentação médica apensada ao processo (Evento 8, LAUDO2) que a parte autora apresenta histórico de sequela de AVC hemorrágico há 3 décadas, dependência química, depressão, limitado desde quadro séptico em 2023. Em 25/07/2024, teve provável crise epiléptica no domicílio, levado ao hospital local, evoluiu com parada cardiorrespiratória durante o atendimento. Foi reanimado e passou por internação hospitalar de longa permanência devido a múltiplas complicações clínicas e infecciosas. Teve alta para o domicílio no dia 18/09/2024, com sequelas neurológicas severas.
Devido a encefalopatia hipóxico-isquêmica secundária à parada cardiorrespiratória, encontra-se em estado vegetativo. Visto que é improvável que haja qualquer recuperação, deve evoluir para quadro vegetativo persistente (crônico), além de complicações clínicas como lesão por pressão grau IV, uso de traqueostomia, sonda enteral para alimentação, sonda vesical e uso de fraldas, tornando-se dependente para toda e qualquer atividade da vida diária. Sem nenhuma forma de comunicação verbal ou não verbal.
Diante do quadro clínico, pleiteia o fornecimento jurisdicional de serviços de “home care” (internação domiciliar) solicitando, além de serviços profissionais, equipamentos, materiais e insumos médicos para seus cuidados.
Considerando que a maioria dos produtos e materiais pleiteados são dependentes e secundários ao caráter intensivo e multiprofissional do atendimento domiciliar, a presente avaliação técnica focará na análise de necessidade da assistência em modalidade “home care”.