Nota Técnica 367120

Data de conclusão: 25/06/2025 10:23:33

Paciente

Idade: 88 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Santa Maria/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 367120

CID: R26.0 - Marcha atáxica

Diagnóstico: Marcha atáxica

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Produto

Registro na ANVISA? Não

Descrição: assistência domiciliar por equipe multiprofissional

O produto está inserido no SUS? Sim

O produto está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: assistência domiciliar por equipe multiprofissional

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

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: assistência domiciliar por equipe multiprofissional

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:

1. Sobre o pleito de acompanhamento 24h

Considerando o quadro clínico atual, trata-se de cenário de cuidado domiciliar para condições cronicamente instaladas em paciente com dificuldade de locomoção.
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 [3].
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. [4]
No Sistema Único de Saúde, há previsão desse tipo de cuidado através de equipes de Atenção Domiciliar (AD) das unidades de Saúde (Atenção Domiciliar complexidade 1, AD1) ou dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), nível AD2 e AD3. Sobre essa assistência, reforçamos aquilo que consta na Portaria Nº 825, de 25 de Abril de 2016 [5] 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. 8º Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.
§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.
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 necessitam de atenção domiciliar de longa permanência são habitualmente de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (modalidade AD1). Porém, se houver alto uso de tecnologias e necessidade de visitas multiprofissionais mais frequentes, estão indicadas as modalidades AD2 e AD3 pelas Emads. Estes pacientes são os grandes incapacitados, com sequelas de doenças crônicas incapacitantes, entre elas, as neurodegenerativas. São mais importantes os processos de cuidado, a instrumentalização da família e o olhar da longitudinalidade, que auxiliará no fortalecimento de vínculos e de confiança, fundamentais para o processo de cuidados compartilhados [6].
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 [3].
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 e a administração de medicações não precisam ser realizados por profissional técnico, mas sim por cuidador devidamente capacitado [5,6].
2. Sobre o pleito de fraldas descartáveis:
Quanto ao fornecimento de fraldas é importante destacar que este não está incorporado ao SUS em atos normativos do Ministério da Saúde, cabendo aos gestores locais a fixação de critérios para o seu fornecimento. No estado do Rio Grande do Sul, a Resolução Nº 080/19 – CIB/RS estabelece as normativas para cofinanciamento estadual de insumos - fraldas descartáveis - para tratamento domiciliar, e estabelece que esse cofinanciamento destina-se exclusivamente para atender pessoas com:
a) Incontinência urinária e/ou fecal (decorrentes de patologias listadas em anexo à Resolução), e
b) Incapacidade financeira de arcar com o custo das fraldas prescritas (documentos comprobatórios exigidos estão descritos em anexo à resolução).
A Resolução também orienta que cabe aos municípios realizar o cadastro dos pacientes junto ao sistema de Gerenciamento de Usuário com Deficiência, avaliar tecnicamente os pedidos, realizar a compra e dispensação das fraldas, conforme disponibilidade orçamentária e orientar sobre os cuidados de higiene, quanto à prevenção de úlceras por pressão, quanto ao uso racional de fraldas, bem como seu devido descarte. Uma vez cadastrado o paciente no sistema, a retirada das fraldas se dá no município, pelo próprio paciente ou de seu representante legal.
Ainda, cabe considerar que de acordo com a Portaria Nº 937, de 7 de Abril de 2017, a dispensação de fraldas geriátricas para incontinência está prevista para pessoas com deficiência no âmbito do Programa Farmácia Popular do Brasil - "Aqui Tem Farmácia Popular". A mesma portaria indica que o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda geriátrica, no qual conste, na hipótese de paciente com deficiência, a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
ENFERMEIRO	4 visitas mensais	48	R$ 350,00	R$ 16.800,00
FISIOTERAPIA	8 sessões mensais	96	R$ 350,00	R$ 33.600,00
NUTRICIONISTA	2 visitas mensais	24	R$ 300,00	R$ 7.200,00
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	744 horas/mês	8.928 horas/ano	R$ 32,00	R$ 285.696,00
MÉDICO	2 visitas mensais	24	R$ 600,00	R$ 14.400,00
KIT SINAIS VITAIS	1 ao dia	365	R$ 10,00	R$ 3.650,00

FRALDA GERIATRICA G	180/mês	65.700 unidades/ano	R$ 8,00	R$ 525.600,00
ÓLEO DERSANI	2 unidades ao mês	24	R$ 80,00	R$ 1.920,00
Valor Total				R$ 888.866,00

*Evento 1, Orçam5.
Não existe uma base de dados oficial para consulta de valores de referência para os produtos pleiteados. Por essa razão, a tabela acima foi construída com valores orçados pela parte.

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

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A partir das informações clínicas disponibilizadas e das políticas públicas vigentes, concluímos que a autora pode se beneficiar da Atenção Domiciliar prevista pelo SUS. Para os cuidados diários, a autora necessita de cuidador que a apoie nas rotinas de higiene, troca de fraldas, mudanças de decúbito, alimentação e administração de medicamentos. Esse cuidador não necessita ter formação, mas receber orientação das equipes de saúde. A unidade básica de saúde de referência, a partir de visitas domiciliares, pode elaborar o plano de cuidados mais adequado para que a parte receba a assistência de acordo com suas demandas em saúde para as questões de cuidado médico e reabilitação.
Pelo que se observa no processo, a unidade básica de saúde de referência da autora não está envolvida na atenção à sua saúde. De fato, a indicação de home care se dá por médico da saúde privada do município. Desta forma, um dos primeiros movimentos necessários é aproximar os responsáveis pelo cuidado da parte autora à unidade básica de saúde de referência, para que seja dada continuidade ao cuidado estabelecido pela equipe do Programa Melhor em Casa e dados os encaminhamentos cabíveis. Dentre estes, recomendamos que a autora e sua rede de apoio sejam visitados por assistente social do município, a fim de avaliar a situação familiar e contribuir para a identificação de potenciais cuidadores para a autora.
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].
Ainda, sobre a solicitação de fraldas descartáveis, estas estão previstas nas políticas públicas estaduais e federais, e não foram descritos impedimentos ao seu fornecimento.
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

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo laudo médico, o paciente com histórico de diabetes tipo 2 e alcoolismo crônico passando a apresentar, em 2023, ataxia de instalação subaguda e perda funcional significativa, com necessidade temporária de cadeira de rodas. Foi realizado exame de eletroneuromiografia em novembro de 2023 que revelou polineuropatia sensitivo-motora axonal crônica de predomínio distal e sensitivo, além de alterações encefálicas compatíveis com microangiopatia e infartos lacunares demonstrado ao exame de ressonância magnética em mesma data. Foram detectadas deficiências de vitamina B12 e ácido fólico, confirmando o diagnóstico de degeneração combinada subaguda, associada à hipotensão ortostática secundária à polineuropatia diabética. Apesar da reposição vitamínica de vitamina B12 e ácido fólico, o paciente mantém marcha atáxica e dependência funcional moderada, necessitando de cuidados contínuos. Também estão descritos os escores do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), com resultado de 26/30, e classificação de Schah 32/50 pontos indicando quadro de dependência moderada.
Considerando que a maioria dos produtos e materiais pleiteados acabam sendo 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”.