Nota Técnica 380775

Data de conclusão: 25/07/2025 09:38:10

Paciente

Idade: 47 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Imbé/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 380775

CID: T91.3 - Seqüelas de traumatismo de medula espinhal

Diagnóstico: (T91.3) Sequelas de traumatismo de medula espinhal

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Home Care

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Home Care

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Não informado.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Home Care

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Home Care

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Não informado.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Não informado.

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

Conclusão

Tecnologia: Home Care

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Equipe: Manifestamo-nos como desfavoráveis ao pleito de assistência multiprofissional em domicílio (home care) composta por fisioterapia motora/respiratória por cinco vezes na semana, visita médica uma vez por trimestre, visita de nutricionista uma por trimestre e visita de enfermeiro uma uma vez por semana, assistência de técnico de enfermagem, 24 horas, diariamente, para cuidados e procedimentos tanto diurnos e noturnos (como cuidados e administração de medicamentos por via oral, aspirações da cavidade nasal e oral, mudanças de decúbito, cuidados com oxigenioterapia, higiene e conforto).

Materiais, Insumos e Equipamentos: Manifestamo-nos como desfavoráveis ao pleito de álcool em gel (2 litros), luvas de procedimentos (10 caixas), dispositivo para incontinência urinária (cateter urinário externo masculino) (30 unidades), bolsa coletora de urina sistema fechado (2 unidades), curativo específico (15 unidades), soro fisiológico 0,9% (12 unidades de 500ml), fita microporosa hipoalérgica (6 rolos de 5cm e 5 rolos de 1,2cm), gaze (4 pacotes com 500 unidades/cada), estetoscópio adulto, esfigmomanômetro adulto, termômetro, cama hospitalar manual com 3 estágios para obeso, colchão pneumático com motor, guincho elétrico.
Medicamentos: Manifestamo-nos como desfavoráveis ao pleito de polietilenoglicol 4000, baclofeno 10mg (60 comprimidos), maleato de levomepromazina 20ml (2 frascos) e fluoxetina (30 comprimidos).

Justificativa:
A partir das informações clínicas disponibilizadas, das rotinas descritas pelos profissionais que assistiram o autor e das políticas públicas vigentes, concluímos que o autor necessita de

Atenção Domiciliar prevista pelo SUS em complexidade 1. Ou seja, o autor necessita de cuidador que o apoie nas rotinas diárias e que este cuidador não necessita ter formação, mas receber orientação da equipe de saúde da família. A equipe de saúde da família, composta por técnico de enfermagem, enfermeiro e médico, a partir de visitas domiciliares, pode acompanhar o autor nas demandas em saúde que se apresentarem de maneira a garantir qualidade de vida.

Identificamos também que o autor não parece depender absolutamente de cuidador, pois sabe fazer trocas de decúbito no leito, trocas de postura de deitado para sentado e, com auxílio de alguém, de sentado à beira leito para sentado na cadeira. Nas descrições, demonstra ser dependente pois não é capaz de preparar suas refeições, mas se alimenta por via oral de forma independente. Em relação à higiene, precisa de auxílio para banho e troca de fraldas, por exemplo. O mesmo para o curativo da lesão por pressão, precisa de auxílio para esta rotina. Para medicação, se deixar ao acesso do autor, é capaz de fazer uso da medicação no horário devido. Desta forma, não foi identificado haver necessidade de cama hospitalar e de guincho, visto que uma cama hospitalar, por ser alta, dificultaria o acesso do autor para a troca de postura de sentado à beira leito a sentado na cadeira de rodas. E ainda, uma pessoa que já faz esse tipo de troca de posturas e de decúbito no leito, não necessita de guincho.

Todavia, pelo que se observa pelo processo, a unidade básica de saúde de referência do autor não está envolvida na atenção à sua saúde. De fato, a indicação de Home care se dá por médico da saúde privada do município. Foi este médico privado que identificou que os cuidadores do autor são seu pai e sua avó.

É compreensível que o pai e a avó do autor, ambos idosos, tenham dificuldade em garantir a rotina de cuidados ao autor, portanto vê-se a necessidade de se construir alternativas para esse cuidado. O trabalho de cuidado 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 – que são fundamentalmente as mulheres. 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 [2].

A Secretaria Municipal de Saúde de Tramandaí declarou que conta no município com o serviço de Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e que não oferece cuidadores aos usuários do SUS. Ou seja, compreendeu que a necessidade do autor naquele momento seria ter cuidadores, que substituíssem a rotina de cuidados feita, até então pelo pai e avó, por outras pessoas e que mediante o serviço de EMAD o autor passaria a ser assistido.

Desta forma, um dos primeiros movimentos necessários é aproximar o autor e seus familiares à unidade básica de saúde de referência, para que seja avaliada a situação e dados os encaminhamentos cabíveis. Dentre estes, recomendamos que o autor e seus familiares sejam visitados por assistente social do município, a fim de avaliar a situação familiar e contribuir para a identificação de potenciais cuidadores para o autor, para além do pai e avó.

O papel da assistente 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 [3].

Entretanto, considerando a concretização da impossibilidade do pai e da avó em voltar a 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 residência de longa permanência. Lembramos que em caso de Institucionalização, o autor poderá continuar em acompanhamento pelo SUS, mantendo acesso aos recursos já disponíveis para ele. Além disso, o pai e a avó poderão realizar visitas ao autor, inclusive diárias, ao invés de assumirem a rotina de cuidado.
Em relação às prescrições medicamentosas, entendemos que o médico da equipe de saúde da família terá condições de reavaliar o caso em tela e rever a rotina medicamentosa, construindo um plano terapêutico junto ao autor. O mesmo se aplica após a avaliação conjunta do médico e do enfermeiro integrante da equipe de saúde da família, que poderão reavaliar a situação da lesão por pressão e definir um novo plano terapêutico, considerando a atual situação desta lesão de pele. Portanto, a equipe de saúde da família poderá reavaliar qual a necessidade de materiais, insumos e equipamentos para orientar o autor e sua família sobre os caminhos possíveis de acesso pelo SUS.
Em relação à rotina de fisioterapia, não se identifica dados clínico-funcionais que indiquem a realização de fisioterapia respiratória para o autor. De fato, o autor necessita realizar fisioterapia motora para seguir conquistando independência motora e passar a realizar cada vez mais atividades de vida diárias. Contudo, não se identifica necessidade de ser feita em domicílio, ou seja, o autor, pode fazer uso de sua cadeira de rodas e através do apoio do município pode ser transportado para serviço ambulatorial de fisioterapia. Percebe-se que ao realizar acompanhamento fisioterapêutico a nível ambulatorial, o autor terá oportunidade, inclusive, de socialização. A frequência desse acompanhamento pode ser de duas a três vezes na semana, de acordo com a disponibilidade da oferta pelo município. Nos demais dias da semana, compete ao autor repetir exercícios em casa para a manutenção de seus ganhos funcionais, com eventual apoio do cuidador.
E em relação ao acompanhamento com nutricionista, não se identifica necessidade maior de ter um acompanhamento regular, de fato, a equipe de saúde da família saberá avaliar se será necessário acionar o nutricionista do município para fazer eventual orientação.
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. Brasil. Ministério da Saúde. 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. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html.

2. 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.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 2 v. : il. p44. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Inicialmente cabe observar que constam itens designados pelas suas marcas comerciais, em desacordo com os Enunciados 12, 15 e 67 das Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça. Por essa razão, os nomes comerciais Uripen®, Aquacel®, Micropore®, PEG® 4000 e Neozine® serão tratados nesse documento como cateter urinário externo masculino, curativo específico, fita microporosa hipoalérgica, polietilenoglicol 4000 e maleato de levomepromazina, respectivamente.
De acordo com laudo médico de 11 de julho de 2023, o autor tem histórico de trauma raquimedular (TRM) por acidente automobilístico que o deixou com sequelas neurológicas irreversíveis, tais como: esquecimentos, incontinências, paraparesia, parestesias, espasmos musculares, deformidades osteoarticulares em mãos. Estas sequelas levam o autor a total dependência para o autocuidado - restrito ao leito e cadeira de rodas, alimenta-se por via oral com auxílio, eliminações em fraldas por incontinência urinária e fecal; à noite, faz uso de cateter urinário externo em bolsa coletora, pois fica sob os cuidados de seu pai e sua avó, dois idosos. Portanto, o autor fica, durante à noite, sem assistência para troca de fraldas e mudança de decúbito. Paciente apresenta lesão por pressão em região sacra, estágio 3, com bordos bastante macerados e com granulação no leito da lesão. Os cuidados de saúde do autor exigem a administração de medicamentos e cuidados com a mobilidade e curativos em lesão sacra, podendo sua interrupção ou administração de forma inadequada agravar agudamente a condição, podendo levá-lo à situação de iminência de morte. Tendo em vista o quadro clínico, o médico lauda que o prognóstico do autor já está determinado e indica a necessidade de assistência multiprofissional pleiteada visando estabilidade clínica, maior qualidade de vida e manutenção do paciente no domicílio (Evento1 LAUDO5).
O autor solicita, a próprio punho, auxílio para ter acesso a cuidador, que possa ajudá-lo em tarefas simples como tomar banho e sair da cama, visto que seus dias estão difíceis por sentir-se desassistido (Evento1 COMP12).
Em resposta a esta demanda de atendimento domiciliar por equipe multiprofissional, o município de Tramandaí declarou em 15/08/2023 que a atenção básica de saúde não oferece cuidador/acompanhante de paciente e ainda declararam que o município conta com Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) (Evento1 CERTNEG7).
Em 05 de outubro de 2023 (Evento8 DOC1), foi deferida tutela de urgência no juízo estadual e, desde então, o autor vinha recebendo atendimento Home care com os seguintes profissionais da saúde: técnico de enfermagem por 24hs, enfermeiro uma vez por semana, nutricionista uma vez a cada três meses, fisioterapeuta cinco vezes na semana e médico a cada três meses. Foram incluídos registros com breve descrição dos atendimentos realizados por estes profissionais no período de novembro e dezembro de 2023 (Evento77 PRONT3 a 5), janeiro e fevereiro de 2024 (Evento113 PRONT3 a 11), março de 2024 (Evento123 PRONT3), abril de 2024 (Evento145 COMP2 a 7), maio de 2024 (Evento180 PRONT2 a 8), junho de 2024 (Evento180 PRONT2 a 8), julho de 2024 (Evento236 PRONT2 a 7). Não foram identificados prontuários no período de agosto e setembro. Em 19 de setembro de 2024, foi suspensa a vigência da tutela provisória de urgência (Evento 259 DESPADEC1). Não foram anexados laudos dos profissionais que acompanharam o autor descrevendo a evolução do cuidado

ofertado no período, restando apenas as informações breves contidas nos prontuários anexados ao processo.
Ao avaliar as rotinas feitas pelos profissionais que assistiram o autor no período de novembro de 2023 até julho de 2024, a partir dos prontuários fornecidos e descritos acima, foi possível identificar que o trabalho dos técnicos de enfermagem estava centrado em rotinas tais como - banho/higiene, troca de fraldas, alimentação e hidratação por via oral, curativo compressivo da lesão por pressão em região sacral, auxílio para sair da cama para a cadeira - que podem ser feitas por um cuidador sem formação, apenas com orientação. O autor esteve sempre respirando em ar ambiente, nunca fez uso de oxigenoterapia, sem secreções, sempre afebril, com eliminações regulares, esteve sempre lúcido, orientado e consciente. A lesão por pressão apresentou pouca evolução e ao longo do período uma fístula anal foi motivo de cuidado também. As visitas da enfermeira tiveram maior ênfase no acompanhamento da lesão por pressão que foi de difícil recuperação e pela descrição do que observava, confirmava as rotinas descritas pelas técnicas de enfermagem. A enfermagem no início das visitas descreveu o tamanho da lesão por pressão em 4,0 x 2,5 x 0,6 cm, em estágio 3. Ao longo das evoluções foi descrito que houve melhora, mas não detalhado o tamanho da lesão e/ou se alterou o estágio da lesão. Na rotina de cuidado ofertado pelas técnicas de enfermagem foi descrito utilizarem insumos como cateter urinário externo, bolsa coletora, curativo específico, soro fisiológico e gaze.
O médico se dedicava a avaliar o aspecto respiratório que se manteve bem com um momento de identificação de sibilos expiratórios e roncos por conta do diagnóstico de Asma do autor, o que foi contornado por prescrição medicamentosa (acetilcisteína, sulfato de salbutamol e prednisolona 5mg). Também se dedicou a acompanhar a fístula anal que apresentava melhora e piora, conforme os hábitos alimentares.
Os medicamentos prescritos, em janeiro de 2024, pelo médico privado que recomendou o Home care (Evento77 LAUDO2) - polietilenoglicol 4000, baclofeno 10mg (60 comprimidos), maleato de levomepromazina 20ml (2 frascos) e fluoxetina (30 comprimidos) - foram administrados na rotina de cuidado do autor. Contudo, durante a assistência oferecida em domicílio, outras medicações foram prescritas e administradas, a exemplo de Pregabalina 75mg. E ainda, de acordo com os médicos que visitaram o autor em domicílio, o autor faz uso por conta própria de óleo canabidiol 2gts/dia.
A nutricionista classificou o autor com obesidade grau I, identificou que alimentava-se bem e fez orientações quanto ao aumento de ingesta de água, tentativa de redução do peso e o aumento de proteína para contribuir na cicatrização da lesão por pressão. Descreveu em um momento que o autor no período de inverno se alimentava mais de massa e bebia bastante vinho.
O fisioterapeuta descreveu que o autor apresenta uma paraparesia (diminuição importante de força e de movimentos) e não uma paraplegia (perda total de força e de movimentos), como a enfermagem descrevia nos prontuários, visto que o colocava em ortostase (em pé) com auxílio. O fisioterapeuta realizou exercício com o objetivo de ganho de controle de tronco, mobilidade ativa de membro superior (não fez treino de força para membro superior), treino de troca de postura de decúbito dorsal para decúbito lateral e para postura sentada à beira do leito. Também fez treino de sentado à beira leito para sentado na cadeira de rodas. Fez exercícios que envolvem alguma força de membro inferior a exemplo de ponte e postura de quatro apoios.
Considerando o cenário em tela, trata-se de uma situação de cuidado domiciliar para condições cronicamente instaladas, com alguma dependência de cuidador. Desde seu acidente, vem sendo cuidado e tornou-se dependente para as atividades de vida diárias.
No Sistema Único de Saúde há previsão desse tipo de cuidado através de equipes de Atenção Domiciliar (AD) das unidades de Saúde da Família (Atenção Domiciliar complexidade 1, AD1),

conforme consta na Portaria Nº 825, de 25 de Abril de 2016 [1] 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.
§ 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 [...]