Nota Técnica 380868

Data de conclusão: 25/07/2025 12:00:59

Paciente

Idade: 52 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Santo Ângelo/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 380868-A

CID: I60 - Hemorragia subaracnóide

Diagnóstico: (I60) Hemorragia subaracnóide.

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: fisioterapia, fonoaudiologia e cuidados de enfermagem

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: fisioterapia, fonoaudiologia e cuidados de enfermagem

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: 03.02.06.004-9 - Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo. Descrição: atendimento fisioterapêutico em pacientes que apresentam alterações de controle sensório motor sem condição de participação, visando a estimulação sensório-motora e cognitiva, alterações do tônus muscular, sensorial e/ou perceptual, treinamento das alterações de equilíbrio, coordenação motora e marcha reeducação cardiorrespiratória. A indicação do quantitativo a ser realizado na assistência ambulatorial é de no máximo 20 procedimentos/mês.
03.01.07.011-3 - Terapia fonoaudiológica individual. Descrição: habilitação e reabilitação fonoaudiológica nas áreas de linguagem, motricidade orofacial, voz e audição.
0301050058 Assistência domiciliar por profissional de nível médio. Descrição: visita domiciliar solicitada por profissional de nível superior, segundo rotinas de serviços programadas; já incluídos cuidados executados durante a visita, tais como: curativos, retirada de pontos, e outros.
Atendimento ambulatorial de fisioterapia e fonoaudiologia ou visitas domiciliares de caráter educativo destes profissionais através do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) ou dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). Visitas domiciliares de técnico de enfermagem pela equipe de Saúde da Família de caráter educativo.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: fisioterapia, fonoaudiologia e cuidados de enfermagem

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: fisioterapia, fonoaudiologia e cuidados de enfermagem

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
O conceito de reabilitação é o acesso a diferentes profissionais com suas respectivas competências que contribuem para a recuperação clínico funcional de um paciente. A definição de quais profissionais irão compor esta equipe depende das sequelas apresentadas pelo paciente. No caso da parte autora, foi demandado acompanhamento fisioterapêutico e fonoaudiológico, visando o ganho de funcionalidade para as atividades do dia a dia, incluindo a troca de postura (de deitado para sentado e para de pé), de posição no leito, de autocuidado, de comunicação e de deglutição dentre outras funções [7].
Embora a hemorragia subaracnóidea (HS) seja um subtipo de acidente vascular cerebral, o resultado funcional após a reabilitação para HS deve ser considerado distinto daquele do infarto cerebral devido à idade mais jovem e à diferença na patologia e nos déficits neurológicos resultantes. Em estudo de revisão retrospectiva de prontuários de pacientes com HS internados em reabilitação hospitalar, os participantes foram avaliados por sua independência funcional (IF). De 80 participantes com HS internados em uma unidade de reabilitação com idade média de 54 anos, 57 identificaram aneurismas como causa de HS. Setenta e quatro participantes (93%) apresentaram notas de classificação clínica de HS de 3 a

5 (ou seja, todos com déficit neurológico com progressão de gravidade). A mediana do tempo de permanência em internação foi de 26 dias em cuidados agudos e 49 dias em reabilitação. Setenta pacientes (88%) tiveram alta para casa. A média da IF na admissão foi de 59,5 e a média da IF na alta foi de 91,0. A eficiência da IF (variação agregada da IF/dia) foi de 0,62/dia e a taxa média de ganho da IF foi de 0,97 pontos/dia. A hidrocefalia influenciou negativamente o desfecho ($p = 0,05$). Houve uma tendência de indivíduos com piores pontuações de classificação clínica de HS no início terem pontuações mais baixas na IF na alta. O estudo concluiu que pacientes com HS em reabilitação hospitalar obtêm ganhos funcionais, embora a taxa de ganho seja menor do que para traumatismo cranioencefálico ou acidente vascular cerebral. Que a presença de hidrocefalia impacta negativamente no resultado. E que é necessário um estudo mais detalhado dos resultados funcionais e neuropsicológicos em sobreviventes de HS [8].

Em um segundo estudo, em continuidade ao descrito acima, se procurou descrever os resultados funcionais, cognitivos e psicossociais a longo prazo em uma coorte de sobreviventes de HS que receberam reabilitação hospitalar. Os participantes foram entrevistados por telefone. O estado funcional foi avaliado pela medida de IF e o estado cognitivo identificado na entrevista telefônica. A função social foi determinada através de um breve questionário. Trinta e dois dos 80 indivíduos que receberam reabilitação hospitalar participaram do estudo. Os 32 não diferiram do grupo original de 80 em nenhum critério demográfico ou clínico. O tempo médio desde o início da HS até o seguimento foi de 28 meses. Os escores totais da IF melhoraram significativamente entre a alta e o acompanhamento ($p < 0,0001$) e a maioria dos indivíduos funcionou em um nível fisicamente independente. No entanto, quase 40% pontuaram na faixa de comprometimento cognitivo. Entre 40% e 50% necessitavam de ajuda nas atividades domésticas comuns e nenhum regressou ao trabalho a tempo inteiro. Os resultados funcionais e cognitivos não foram relacionados com quaisquer características demográficas e clínicas no início da HS. Concluíram que a maioria dos sobreviventes de HS que receberam reabilitação hospitalar alcançaram independência física, mas muitos continuaram a ter deficiências cognitivas que resultam em incapacidades sociais e vocacionais [9].

Em outro estudo com análise prospectiva de dados de 298 pacientes com HS, através de acompanhamento e avaliação nos períodos da alta, em 3 meses e após um ano do HS do nível de incapacidade, foi identificado que dos 250 pacientes sobreviventes, 35% foram transferidos diretamente para um centro de neurorreabilitação em Hochzirl, na Áustria (Rehab-Hochzirl), 11% foram transferidos para outro centro de reabilitação, 1% foram transferidos para um lar de idosos, 21% foram transferidos para o país de origem e 32% receberam alta para casa. O resultado funcional melhorou em 57% dos pacientes durante os primeiros 3 meses, com 16% adicionais melhorando entre 3 e 12 meses, resultando em uma melhora geral em 73% dos sobreviventes. Após um ano, 60% dos pacientes eram funcionalmente independentes. Uma menor pontuação na escala de classificação clínica da HS na admissão à unidade de terapia intensiva, idade mais jovem, menos dias em ventilação mecânica e sexo masculino foram independentemente associados a uma melhor recuperação funcional. Embora o subgrupo de pacientes transferidos para Rehab-Hochzirl tenha sido mais gravemente afetado, 60% melhoraram durante a neurorreabilitação de pacientes internados. Portanto, concluíram que os resultados do acompanhamento feito indicam melhora funcional contínua em um número substancial de pacientes com HS ao longo de um período de acompanhamento de 12 meses. Este efeito também foi observado em pacientes com incapacidade grave recebendo neurorreabilitação hospitalar [10].

Não há um programa de reabilitação específico para pacientes com sequelas neurológicas, como o AVC e/ou HS. Mas o apoio dos profissionais da fisioterapia e fonoaudiologia são importantes para que se saiba como potencializar o cuidado do paciente. Em especial, o papel

da equipe multiprofissional que atua em reabilitação é ofertar atendimento mais intensivo nos primeiros meses para maior ganho da funcionalidade e passado esse período pós-agudo da lesão neurológica e iniciada a fase tardia, o objetivo passa a ser a manutenção dos ganhos funcionais e eventual ganho proporcionado ao longo do tempo na repetição das mobilizações e exercícios orientados pela equipe multiprofissional aos pacientes e cuidadores, visto que determinados déficits passam a ser permanentes. Ou seja, o serviço de atenção especializada que vem oferecendo atendimento e orientação de fisioterapia e fonoaudiologia à autora não necessita do caráter intensivo, visto já estar em fase tardia da lesão neurológica. Desta forma, este momento seria o dos cuidadores darem continuidade às mobilizações, aos estímulos para se movimentar, para se comunicar ou deglutir, de acordo com as orientações dadas pelos profissionais.

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor anual
Fisioterapia	Ciclo mensal de atendimento fisioterapêutico domiciliar com 2h de duração 5x/semana.	12	R$ 1.800,00*	R$ 21.600,00
Fonoaudiologia	Ciclo mensal de atendimento fonoaudiológico domiciliar 2x/semana.	12	R$ 400,00**	R$ 4.800,00
Técnica de enfermagem	Ciclo mensal de atendimento por técnico de enfermagem diariamente por duas horas.	12	R$ 450,00***	R$ 5.400,00
TOTAL				R$ 31.800,00

* Orçamento de menor valor anexado ao processo (Evento1 OUT8 Pág.3)
** Orçamento de menor valor anexado ao processo (Evento1 OUT19 Pág.2)
***Orçamento de menor valor anexado ao processo (Evento1 OUT20 Pág.3)
Não existe uma base oficial para consulta de valores de referência para os atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia e de técnico de enfermagem, portanto, a tabela acima foi construída com valores orçados pela parte.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: ganho/manutenção de funcionalidade motora, de deglutição, comunicação e higiene.

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

Conclusão

Tecnologia: fisioterapia, fonoaudiologia e cuidados de enfermagem

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Reconhece-se a importância da autora ter acesso a acompanhamento fisioterapêutico e fonoaudiológico visando sua reabilitação funcional, visto que há estudos de pacientes que se beneficiam deste acompanhamento. Todavia, não há justificativa, na fase tardia da lesão neurológica à qual a autora está, em se manter atendimentos intensivos. Portanto, identificamos que a autora se beneficia com a rotina de atendimentos que o município já oferece e que a família/cuidador pode reproduzir os estímulos para manutenção e eventual ganho de funcionalidade conforme orientado pelos profissionais. Ou seja, o papel do cuidador é fundamental na rotina da autora, pois estimula, cuida, facilita a pessoa na conquista da funcionalidade.
Especificamente sobre técnico de enfermagem duas horas por dia para dar banho, fazer curativo e oferecer alimento à autora, destacamos que tais atribuições é do cuidador, que não precisa ter formação específica para desempenhar esta função. O cuidador, a partir de orientações que recebe da equipe de saúde da família e de outros profissionais, deve manter a rotina de cuidados da autora. A parte autora vem recebendo regularmente visitas da equipe de saúde da família que já tem realizado este trabalho de educação em saúde. Importante destacar que a autora se alinha à Atenção Domiciliar complexidade 1 (AD1) que é oferecida pela atenção primária através da saúde da família.
Por fim, identificamos a importância de uma avaliação de assistente social do município em relação à rotina de cuidados da autora, de forma que se avalie se a família tem condições de seguir realizando o cuidado. Ou ainda, se existem outras pessoas que possam compor a rotina de cuidados para além do marido e filha. Pois, caso não seja possível marido e filha seguirem realizando o cuidado da autora, talvez seja necessária a institucionalização em residências de longa permanência. Cabe ressaltar que se a autora vier a ser institucionalizada, ela continuaria sendo assistida pela SMS, ou seja, seguiria regulada na rede de saúde, acessando os serviços de reabilitação e a ESF.
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 casos como este demandam 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 [11].

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. DynaMed. Subarachnoid Hemorrhage. EBSCO Information Services. Accessed 13 de novembro de 2024. https://www.dynamed.com/condition/subarachnoid-hemorrhage

2. Brooks FA, Ughwanogho U, Henderson GV, Black-Schaffer R, Sorond FA, Tan CO. The Link Between Cerebrovascular Hemodynamics and Rehabilitation Outcomes After Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Am J Phys Med Rehabil. 2018

May;97(5):309-315. doi: 10.1097/PHM.0000000000000886. PMID: 29309312; PMCID: PMC5903946.

3. DynaMed. Long-term Management of Stroke. EBSCO Information Services. Accessed 30 de outubro de 2023. https://www.dynamed.com/management/long-term-management-of-stroke

4. 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.

5. Kordic IV, Patterson N, Wrapson J, Reay SD. A Systematic Review of Patient and Caregiver Experiences with a Tracheostomy. Patient (2018) 11:175–191. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-017-0277-1.

6. Dale B, Emmons KR. Palliative Wound Care. Vol. 32 • no. 1 • January 2014.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral, 2013.

8. Dombovy ML, Drew-Cates J, Serdans R. Recovery and rehabilitation following subarachnoid haemorrhage. Part I: Outcome after inpatient rehabilitation. Brain Inj. 1998 Jun;12(6):443-54. doi: 10.1080/026990598122412. PMID: 9638322.

9. Dombovy ML, Drew-Cates J, Serdans R. Recovery and rehabilitation following subarachnoid haemorrhage: Part II. Long-term follow-up. Brain Inj. 1998 Oct;12(10):887-94. doi: 10.1080/026990598122106. PMID: 9783086.

10. Lindner A, Brunelli L, Rass V, Ianosi BA, Gaasch M, Kofler M, Limmert V, Schiefecker AJ, Pfausler B, Beer R, Pucks-Faes E, Helbok R. Long-Term Clinical Trajectory of Patients with Subarachnoid Hemorrhage: Linking Acute Care and Neurorehabilitation. Neurocrit Care. 2023 Feb;38(1):138-148. doi: 10.1007/s12028-022-01572-6. Epub 2022 Aug 12. PMID: 35962231; PMCID: PMC9935743.

11. 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: A autora tem histórico de aneurisma cerebral tratado por via

endovascular e AVC tardio (Evento1 LAUDO2), apresentando disfagia grave, afasia e sequelas motoras decorrentes de hemorragia subaracnóide. Encaminhamento do Hospital de Clínicas de Passo Fundo, datado de setembro de 2022 (Evento1 RECEIT15), recomendou tratamento fisioterapêutico e fonoaudiológico, sem definição de frequência semanal. Em receituário de 28/06/2023 (Evento126 PET1, pág. 2), consta indicação de cuidador técnico de enfermagem 24 horas por dia. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santo Ângelo, em ofícios de 06/09/2022 (Evento18 OFIC2) e 14/07/2023 (Evento125 OFIC2, pág. 1-2), informou que não oferece fisioterapia e fonoaudiologia domiciliar, mas disponibilizou fisioterapia ambulatorial quatro vezes por semana e visitas pontuais de fonoaudiologia. Declarou ainda não haver justificativa para a presença de técnico de enfermagem diário, sendo a demanda atribuição de cuidador não profissional de saúde. A Equipe de Saúde da Família realiza visitas regulares, monitorando sinais vitais, auxiliando na higiene da gastrostomia, fornecendo insumos e orientações. Registros de prontuário indicam dificuldades de acesso ao domicílio, condições de agitação com contenção ao leito e rigidez no hemicorpo direito. Relatos da fonoaudióloga apontam afasia, comprometimento cognitivo e disfagia, com necessidade de alimentação prioritária por via enteral. Cita ainda a profissional, que pela literatura, a recuperação funcional de lesão neurológica ocorre principalmente nos primeiros seis meses, sendo reduzida após tal período. É mencionado que a parte autora recebe atendimento fisioterapêutico e cuidados de técnico de enfermagem para higiene e curativos no domicílio, com recursos da família (Evento125 OFIC2). Não há laudos anexados sobre a evolução fisioterapêutica.

Pacientes que vivenciam o rompimento de um aneurisma (dilatação anormal do vaso sanguíneo) com hemorragia subaracnóide (sangramento em ponto mais profundo do tecido cerebral, chamado espaço subaracnóideo) podem apresentar complicações agudas, tais como Vasoespasmo Cerebral e Isquemia Cerebral Tardia (DCI) (AVC), Hidrocefalia, Convulsão, Hiponatremia, Febre, Glicemia elevada, Anemia, Disfunção Renal, Comprometimento cognitivo e incapacidade de longo prazo dentre outras [1]. No caso em tela, a autora apresentou Isquemia Cerebral Tardia (DCI) (Acidente Vascular Cerebral - AVC), o que gerou novas sequelas neurológicas associadas. Esta isquemia cerebral tardia está entre as principais causas de morbidade e mortalidade após hemorragia subaracnóidea aneurismática [2].

Aqueles pacientes que sobrevivem ao episódio do rompimento de aneurisma com hemorragia subaracnóide, apresentam alguma forma de deficiência ou deficiência neurocognitiva permanente. Déficits cognitivos permanentes são relatados em 75% dos sobreviventes, incluindo deficiências de memória verbal, linguagem e funções executivas, inflexibilidade cognitiva e aumento do comportamento de risco. Outros déficits comuns incluem diminuição da qualidade de vida, transtornos de humor, fadiga e distúrbios do sono [1].

O tratamento a longo prazo de um paciente pós AVC inclui a prevenção secundária do AVC, incluindo os fatores de risco vasculares; e cuidados referentes à nutrição e à deglutição, a gestão de sequelas cognitivas e psicológicas, bem como de sequelas motoras e sensoriais, com a prevenção de complicações secundárias como quedas, problemas dentários, lesões por pressão, convulsões, disfunções intestinais e urinárias dentre outras, em um processo contínuo de reavaliação [3].

No cenário em tela, identificamos que a autora apresenta sequelas da hemorragia subaracnóidea e do AVC tardio que geram a dependência importante de cuidados, trata-se, portanto, de requerimento de cuidado domiciliar para condições cronicamente instaladas que geram grave impacto funcional e das possíveis intercorrências clínicas agudas dessas condições.

Esse tipo de cuidado é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde 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 [4] 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 [...]
A partir dos critérios acima descritos e das informações clínicas disponibilizadas, dentre as quais destacamos o fato de estar estável clinicamente, acamada, dependendo de cuidados para higiene e alimentação, é possível concluir que o paciente necessita no momento de Atenção Domiciliar complexidade 1.
Os cuidados com pacientes como a autora, que se encontram acamados e dependentes no manuseio, higiene e alimentação, requerem que o cuidador seja orientado por equipe de saúde que possa melhor atender as condições crônicas estabelecidas [4]. O serviço de atenção domiciliar ofertado pelo SUS busca, em seu cuidado, “identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo” [4].
O treinamento de cuidadores que não são profissionais de saúde (ou cuidadores informais) no provimento das demandas assistenciais é bem estabelecido na literatura [5]. Há, por exemplo, relatos de experiências exitosas sobre o treinamento para paciente e seus familiares para os cuidados com lesões por pressão [6].

Tecnologia 380868-B

CID: I60 - Hemorragia subaracnóide

Diagnóstico: (I60) Hemorragia subaracnóide.

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: Fraldas e alimentação enteral

O produto está inserido no SUS? Sim

O produto está incluído em: Nenhuma acima

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Fraldas e alimentação enteral

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Dieta líquida enteral/oral, sem sacarose, lactose e glúten, hipercalórica, densidade 1,5 kcal/ml (1 litro).

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Fraldas e alimentação enteral

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Fraldas e alimentação enteral

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
Em artigo com o propósito de oferecer revisão narrativa de estudos sobre os suplementos nutricionais e dietas neuroprotetoras e seu potencial significado clínico na reabilitação de pacientes pós-AVC, destaca-se que pacientes sobreviventes de AVC crônico apresentam maior risco de desenvolver doenças crônicas relacionadas à nutrição, como sarcopenia, anemia, diabetes mellitus tipo 2 e osteoporose. E ainda, a redução da atividade motora, o comprometimento cognitivo e a depressão podem ser agravados pelo mau estado de desnutrição. Na prática clínica tem-se utilizado estratégias preventivas visando melhorar a ingestão alimentar, o problema da disfagia e o papel da nutrição na reabilitação. Contudo, a maioria dos estudos clínicos identificados foram realizados utilizando pequenos grupos de participantes, com escalas clínicas onde a pontuação dos sintomas dos pacientes é um tanto subjetiva e não tão precisa. Além disso, existe um enorme problema com a avaliação do estado nutricional devido à falta de marcadores específicos para rastrear a desnutrição. Concluíram que há a necessidade de futuros estudos multicêntricos, com observações de longo prazo, para criar recomendações nutricionais para cuidados e reabilitação pós-AVC [4].
No SUS, dentre as práticas de cuidado em alimentação e nutrição previstas no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), que visam a continuidade do cuidado nutricional como ação transversal aos diferentes saberes, está incluído tanto o acompanhamento da terapia nutricional domiciliar (denominação para o uso de dieta enteral), quanto as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), pela equipe de APS e, quando existente no território de saúde, também da equipe de Atenção Domiciliar (AD), mesmo quando não há um profissional

nutricionista compondo estas equipes. Destaca-se que a VAN tem objetivo de identificar indivíduos e/ou grupos com agravos ou riscos relacionados ao estado nutricional e ao consumo alimentar para subsidiar as práticas de cuidado individuais e coletivas realizadas pelas equipes de saúde da APS. A VAN se consolida através da avaliação antropométrica (medidas de peso, altura e circunferências) e do consumo alimentar (marcadores de consumo alimentar) que devem ser registrados periodicamente no e-SUS e Sisab [5].
É importante ressaltar que náuseas e vômitos podem ocorrer em cerca de 10% a 25% dos indivíduos em terapia nutricional. Outra frequente complicação é a alteração do hábito intestinal como a diarreia e a obstipação. A etiologia das complicações gastrointestinais em idosos que utilizam nutrição enteral é geralmente multifatorial. Em relação a diarreia especificamente, existem algumas possíveis causas a serem consideradas: infusão/gotejamento rápido da fórmula; administração de fórmula fria ou gelada; ocorrência de contaminação bacteriana por higiene insuficiente na manipulação ou armazenamento; sonda em posição duodenal ou jejunal; fórmula pobre em fibra ou hiperosmolar; má absorção de gorduras; intolerância à soja; uso de medicamentos como antiácidos e antibióticos. A velocidade de infusão é um fator crítico que influencia a tolerância das fórmulas enterais. Infusões muito rápidas podem levar a desconforto gastrointestinal e complicações metabólicas, enquanto infusões mais lentas tendem a ser melhores aceitas e permitem uma digestão e absorção mais eficientes dos nutrientes. A adaptação da velocidade às necessidades e tolerância do paciente é essencial para melhorar os resultados do suporte nutricional enteral [6].

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor anual
Dieta para nutrição enteral	Dieta líquida hiperproteica, sem glúten, sem lactose	528	R$ 93,30*	R$ 49.262,40
Fralda	fralda adulto, tamanho G	1800	R$ 2,69**	R$ 4.842,00
TOTAL				R$ 54.104,40

* orçamento de menor valor anexado no processo (Evento 126 PET1)
** orçamento de menor valor anexado no processo (Evento1 OUT17)
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: ganho nutricional e higiene.

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

Conclusão

Tecnologia: Fraldas e alimentação enteral

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Reconhecemos a importância de garantir que a parte autora, em condição de

incontinência, tenha acesso a fraldas e, adicionalmente, suporte nutricional adequado ao seu estado clínico e funcional, entretanto:
1. Sobre as fraldas descartáveis:
O município disponibiliza mensalmente 90 unidades de fraldas descartáveis e prevê a possibilidade de ampliação desse quantitativo mediante comprovação de hipossuficiência, apresentação de receituário médico atualizado e registro junto à farmácia especial. Dado que essas condições permitem atender adequadamente às necessidades da autora, não há justificativa técnica para o provimento jurisdicional do pleito.
2. Sobre a dieta enteral:
A parte autora apresenta dois receituários nutricionais, ambos datados de 2022, sendo o último emitido em outubro daquele ano. Não há registro de reavaliação nutricional desde então. Ressaltamos que o município já oferece uma dieta líquida enteral padronizada, sem sacarose, lactose ou glúten, com densidade calórica de 1,5 kcal/ml, compatível com a primeira prescrição apresentada. Essa dieta é formulada para promover a recuperação e manutenção do estado nutricional, conforme indicado pelo nutricionista responsável.
Para melhor adequação da terapia nutricional, recomendamos que a parte autora seja submetida a uma nova avaliação por nutricionista vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Esse profissional poderá reavaliar o quadro nutricional atual, ajustar a dieta conforme necessário e oferecer orientações específicas à família sobre o manejo da rotina alimentar, incluindo questões relacionadas à diarreia relatada pelos familiares. A equipe de saúde da família também pode ser envolvida nesse acompanhamento para monitorar e reforçar a assistência nutricional.
Adicionalmente, é importante destacar que não há consenso ou evidência científica robusta que sustente a superioridade de uma fórmula enteral sobre outra para pacientes com sequelas neurológicas. A etiologia da diarreia é frequentemente multifatorial, particularmente em indivíduos idosos, sendo influenciada por fatores como polifarmácia, vulnerabilidade gastrointestinal e condições de saúde subjacentes. Outros fatores técnicos, como o armazenamento, a manipulação e a velocidade de administração da dieta, também desempenham um papel relevante e devem ser considerados na rotina domiciliar de terapia nutricional.
Portanto, no caso analisado, não há elementos suficientes para concluir que a dieta disponibilizada pela farmácia especial seja inadequada ou diretamente responsável pelos episódios de diarreia relatados. Dessa forma, não se justifica a substituição da dieta ofertada pelo município por outra específica, conforme solicitado.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. DynaMed. Subarachnoid Hemorrhage. EBSCO Information Services. Accessed 13 de novembro de 2024. https://www.dynamed.com/condition/subarachnoid-hemorrhage

2. DynaMed. Long-term Management of Stroke. EBSCO Information Services. Accessed 30 de outubro de 2023. https://www.dynamed.com/management/long-term-management-of-stroke

3. Ueno, E, Koffke, M, Voigt, VR. Perfil de pacientes hospitalizados em uso de terapia

enteral. BRASPEN J 2018; 33 (2): 194-8

4. Burgos, R., Bretón, I., Cereda, E., Desport, J. C., Dziewas, R., Genton, L., Gomes, F., Jésus, P., Leischker, A., Muscaritoli, M., Poulia, K. A., Preiser, J. C., Van der Marck, M., Wirth, R., Singer, P., & Bischoff, S. C. (2018). ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland), 37(1), 354–396. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.003

5. Zieli?ska-Nowak E, Cichon N, Saluk-Bijak J, Bijak M, Miller E. Nutritional Supplements and Neuroprotective Diets and Their Potential Clinical Significance in Post-Stroke Rehabilitation. Nutrients. 2021 Aug 5;13(8):2704. doi: 10.3390/nu13082704. PMID: 34444864; PMCID: PMC8399756.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Matriz para Organização dos Cuidados em Alimentação e Nutrição na Atenção Primária à Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/matriz_organizacao_cuidados_alimentacao_aps.pdf

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção Domiciliar. Cuidados em terapia nutricional. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 3v. Disponível em: https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/manual/upload_30062022/9%20-%20CAB%20-%20Caderno%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20domiciliar%20-%20Volume%203%20-%20Cuidados%20em%20Terapia%20Nutricional.pdf

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: A autora tem histórico de complicações neurológicas por aneurisma com hemorragia subaracnóide com tratamento endovascular e AVC tardio (Evento1 LAUDO2). Em laudo para solicitação de fórmula nutricional de 08/07/2022, consta que a autora estava acamada, traqueostomizada e apresentava afagia, por isso a indicação de alimentação enteral. Foi indicado, inicialmente, uso de fórmula enteral polimérica, hipercalórica (1,5kcal/ml) sem sacarose, isenta de glúten e lactose (1.400ml/dia e 44 litros/mês), a ser administrada por gastrostomia, com objetivo de recuperar o estado nutricional (Evento1 RECEIT14). E a solicitação de fraldas consta no laudo médico para ação judicial da defensoria pública (Evento1 LAUDO12), sem definição de quantas fraldas por dia. Em receituário de 28/06/2023, de médico da saúde privada (Evento 126 PET1, pág.2), consta que a autora tem incontinência urinária e fecal e que tem necessidade de seis fraldas por dia (adulto, tamanho G).
A Secretaria Municipal de Saúde de Santo Ângelo manifestou-se (Evento18 OFIC2) em 06/09/2022 referindo que o município vinha fornecendo a dieta nutricional e as fraldas (90 fraldas por mês), regularmente, junto à farmácia especial. Declararam que se a autora necessitasse de mais fraldas, deveria comprovar hipossuficiência, apresentar receituário médico e documento de identidade na farmácia especial. O município anexou um recibo de

dispensação mensal (de 26/07/2022) de dieta líquida enteral hipercalórica 1,5Kcal/ml sem lactose, sacarose e glúten - PRODIET® - 42 unidades (Evento20 Anexo2), conforme prescrição de julho de 2022 (Evento 1 RECEIT14).
Em outubro de 2022, foi prescrito outra dieta enteral com as especificações: fórmula enteral modificada hiperproteica e hiperlipídica, sem lactose e fibras, 1,5Kcal/ml (Novasource Hi protein®) (Evento34 LAUDO3). Neste laudo, é informado que a paciente apresentava peso e estatura estimados em 66,1kg e 1,62m, respectivamente, perfazendo índice de massa corporal de 25,18kg/m2 - indicativo de estado nutricional eutrófico (adequado). Não há descrição sobre o histórico de variação de peso corporal da parte ou exames laboratoriais que evidenciem presença de desnutrição proteica. Consta nos autos uma certidão de indeferimento de 10/10/2022 da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul para esta fórmula enteral modificada (Novasource Hi Protein® - Jud - dieta líquida hipercalórica hiperproteica - 1,5Kcal/ml) (Evento34 CERTNEG2).
A parte autora alega (Evento126 PET1) que a dieta oferecida pela Farmácia Especial causa diarreia na autora e solicita que seja atendida a prescrição dada pela nutricionista em julho de 2022 (Evento1 LAUDO13). Cabe ressaltar, que tal dieta é disponibilizada pelo Estado (Evento125 OFIC2), como descrito acima. Desta forma, há contradição quanto a dieta pleiteada para a alimentação enteral, se esta solicitação de julho de 2022 ou se a tecnologia solicitada em outubro de 2022 (Evento34 LAUDO3). Para a presente avaliação técnica estamos considerando que o pleito seja da última solicitação de dieta feita em outubro de 2022 - Novasource Hi Protein® - Jud - dieta líquida hipercalórica hiperproteica - 1,5Kcal/ml, sem adição de sacarose e isenta de lactose, fibras 8g/litro. proteína 77g/litro (Evento34 CERTNEG2), visto que o orçamento anexado no processo é de dieta hiperproteica.
A equipe Saúde da Família de referência da autora tem realizado visitas domiciliares regulares para a autora e sua família. A equipe realiza nas visitas monitorização de sinais vitais, acompanha a higiene da gastrostomia, fornece materiais como luva, gaze, fita micropore, frascos e equipo para nutrição, soro fisiológico dentre outros insumos. Oferece orientações de cuidado, higiene, trocas de decúbito, alimentação enteral dentre outras. A autora apresenta gastrostomia e recebe dieta três vezes ao dia, demonstrando ser bem aceita (Evento125 OFIC2).
Pacientes que vivenciam o rompimento de um aneurisma (dilatação anormal do vaso sanguíneo) com hemorragia subaracnóide (sangramento em ponto mais profundo do tecido cerebral, chamado espaço subaracnóideo) podem apresentar complicações agudas, tais como Vasoespasmo Cerebral e Isquemia Cerebral Tardia (DCI) (AVC), Hidrocefalia, Convulsão, Hiponatremia, Febre, Glicemia elevada, Anemia, Disfunção Renal, Comprometimento cognitivo e incapacidade de longo prazo dentre outras [1]. No caso em tela, a autora apresentou Isquemia Cerebral Tardia (DCI) (Acidente Vascular Cerebral - AVC), o que gerou novas sequelas neurológicas associadas.
Aqueles pacientes que sobrevivem ao episódio do rompimento de aneurisma com hemorragia subaracnóide, apresentam alguma forma de deficiência ou deficiência neurocognitiva permanente. Déficits cognitivos permanentes são relatados em 75% dos sobreviventes, incluindo deficiências de memória verbal, linguagem e funções executivas, inflexibilidade cognitiva e aumento do comportamento de risco. Outros déficits comuns incluem diminuição da qualidade de vida, transtornos de humor, fadiga e distúrbios do sono [1].
O tratamento a longo prazo de um paciente pós AVC inclui a prevenção secundária do AVC, incluindo os fatores de risco vasculares; e cuidados referentes à nutrição e à deglutição, a gestão de sequelas cognitivas e psicológicas, bem como de sequelas motoras e sensoriais, com a prevenção de complicações secundárias como quedas, problemas dentários, lesões por pressão, convulsões, disfunções intestinais e urinárias dentre outras, em um processo contínuo

de reavaliação [2].

A indicação da alimentação enteral, via sonda nasogástrica, nasoentérica ou ostomias (gastrostomia e jejunostomia) deve seguir critérios bem definidos, entre eles, quando há risco de desnutrição, o trato digestório estiver total ou parcialmente funcional, a alimentação por via oral não for suficiente para promover a manutenção das necessidades nutricionais diárias ou houver presença de disfagia orofaríngea. Em pacientes neurológicos, costuma-se prescrever esta forma de alimentação devido às sequelas advindas da própria doença. A incapacidade funcional como consequência das lesões neurológicas, aliada à diminuição da função cognitiva, influencia de forma negativa a recuperação a longo prazo e a sobrevida desses pacientes. Em pacientes com risco de desnutrição ou desnutridos por consequência à hospitalização ou adoecimento, tem a indicação de dietas hipercalóricas e hiperproteicas. No entanto, é essencial o rastreamento periódico para risco nutricional e desnutrição, a fim de adequar o volume diário prescrito de dieta às oscilações peso e de necessidades nutricionais, conforme a condição atual de saúde ou presença de agravos nutricionais [3,4]. Dessa forma, compreende-se como necessário no caso em tela, a realização de avaliação nutricional da parte, seguida de atualização da prescrição nutricional às necessidades nutricionais diárias atuais.