Nota Técnica 381695

Data de conclusão: 28/07/2025 14:09:01

Paciente

Idade: 62 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Viamão/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 381695

CID: I69 - Seqüelas de doenças cerebrovasculares

Diagnóstico: (I69) Sequelas de doenças cerebrovasculares

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: 0301050023 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: 0301050023 - 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: 0301050023 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: 0301050023 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
Sobre o pleito
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 [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) 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 [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]. Consta, em documento anexado ao processo, que o Município de Viamão presta serviços do Programa Melhor em Casa aos seus munícipes (Evento 24, CONTES1).

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	12	R$ 46.199,00	R$ 554.388,00

	contínua, incluindo materiais, equipamentos e medicamentos.

*Conforme orçamento apresentado no processo (Evento 1, OUT10).
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: 0301050023 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A partir das informações clínicas disponibilizadas, das rotinas descritas pelos profissionais que assistiram a autora e das políticas públicas vigentes, concluímos que a autora necessita de Atenção Domiciliar prevista pelo SUS em complexidade 2. Para os cuidados diários, a 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. A Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), juntamente com a Equipe Multiprofissionais de Apoio (EMAP), 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. Foi este médico privado que identificou que o cuidador da autora é seu esposo.
É compreensível que o esposo tenha dificuldade em garantir a rotina de cuidados à autora, 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. 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].
O Município de Viamão declarou que conta no município com o serviço de Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD). Esse dispositivo pode ser acionado mediante contato dos familiares com a Unidade Básica de Saúde. Desta forma, um dos primeiros movimentos necessários é aproximar os familiares da autora 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 a autora, para além do esposo.
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].
Entretanto, considerando a concretização da impossibilidade do esposo 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 residência de longa permanência. Lembramos que, em caso de institucionalização, a autora poderá continuar em acompanhamento pelo SUS, mantendo acesso aos recursos já disponíveis para ela. Além disso, o esposo poderá realizar visitas à autora, inclusive diárias, em vez de assumir a rotina de cuidado.
Em relação às prescrições medicamentosas, entendemos que o médico da equipe de atenção domiciliar terá condições de reavaliar o caso em tela e rever a rotina medicamentosa, construindo um plano terapêutico junto à autora. O mesmo se aplica após a avaliação conjunta multiprofissional para os demais aspectos do caso, considerando a atual situação clínica da autora. Portanto, a equipe de atenção domiciliar poderá reavaliar qual a necessidade de materiais, insumos e equipamentos para orientar a autora e sua família sobre os caminhos possíveis de acesso pelo SUS.
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 que a parte autora possui histórico de neoplasia maligna do encéfalo, sendo submetida a ressecção tumoral em 29/03/2022. No pós-operatório apresentou extenso acidente vascular encefálico isquêmico com hipertensão intracraniana, sendo submetida a craniotomia descompressiva em 01/04/2022. Como sequelas, permanece restrita ao leito, com plegia de hemicorpo esquerdo, disfagia, engasgos frequentes, incontinência urinária e fecal, traqueostomia com secreção brônquica abundante e dependência total para os cuidados. Não verbaliza e recebe alimentação por sonda nasoenteral, com episódios recorrentes de obstrução e deslocamento da sonda, aumentando o risco de broncoaspiração.
Os cuidados são prestados pelo esposo, que relata dificuldades técnicas, expondo a paciente a riscos. O acompanhamento médico ocorre apenas de forma eventual na unidade de saúde.
Em 25/01/24, o quadro clínico estava descrito como não estabilizado, com oscilação de sensório, crises convulsivas e infecções respiratórias de repetição (Evento 1, LAUDO7).
Entre junho e outubro de 2024, mediante decisão liminar em sede recursal, a autora recebeu os cuidados de home care solicitados, com melhora clínica progressiva após ajustes terapêuticos, incluindo controle da salivação e prevenção de complicações pulmonares sem necessidade de hospitalização (Evento 70, LAUDO3).
Foram incluídos registros com breve descrição dos atendimentos realizados por estes profissionais no período (Evento 58, 59, 70, 130, 132), com as técnicas de enfermagem focadas em higiene, troca de fraldas, mudanças de decúbito, alimentação e aspiração traqueal. O enfermeiro supervisionava a equipe e realizava troca de sonda nasoenteral quando necessário. A fonoaudióloga aplicava laserterapia e estímulos para deglutição, enquanto fisioterapeutas atuavam na mobilização e aspiração de vias aéreas. A nutricionista ajustava a dieta, e a médica acompanhava intercorrências.
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”.