Nota Técnica 387845

Data de conclusão: 11/08/2025 10:09:35

Paciente

Idade: 3 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Cachoeirinha/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 387845

CID: P27.1 - Displasia broncopulmonar originada no período perinatal

Diagnóstico: displasia broncopulmonar originada no período perinatal (P27.1)

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: Atenção domiciliar prestada por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Entretanto, conforme a Portaria MS/GM Nº 825, de 25/04/2016, que redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), "será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações: I – necessidade de monitorização contínua; II – necessidade de assistência contínua de enfermagem; III – necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência; IV – necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou V – necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento (4).
Descrição e código SIGTAP: assistência domiciliar por equipe multiprofissional - 03.01.05.002-3.

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: Considerando o quadro clínico atual, trata-se de cenário de cuidado domiciliar para condições cronicamente instaladas em paciente com dificuldade de ventilação espontânea.
A assistência domiciliar na modalidade home care é uma das ferramentas criadas para lidar com a crescente demanda por internações hospitalares. 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 (5).
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. (6)
No Sistema Único de Saúde (SUS), 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), modalidades 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.
§ 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;ou
IV – prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
Art. 10. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.
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. Para pacientes com sequelas de doenças crônicas incapacitantes são 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 (7).
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. Dentre as conclusões da revisão, destacamos que 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. Além disso, 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. (8)

A conclusão dos autores é de que o home care, com a opção de transferência para o hospital, pode ser uma alternativa eficaz ao atendimento hospitalar para um grupo seleto de idosos com indicação de internação hospitalar. Contudo, os autores também destacam que 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 (8).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
Home Care	Contratação mensal de assistência à saúde multiprofissional contínua, incluindo materiais, equipamentos e medicamentos.	12	R$ 121.325,00	R$1.455.900,00

*Conforme orçamento de menor valor dentre últimos orçamentos apresentados pela parte autora (Evento 33, OUT6, Página 3)

Na tabela acima é apresentado o custo mensal e anual do serviço de home care pleiteado, conforme menor orçamento juntado aos autos.
Em relatório que avalia a ventilação mecânica domiciliar (VMD) a CONITEC calculou as razões de custo-efetividade incremental para a ventilação mecânica invasiva domiciliar versus a hospitalar para oito cenários diferentes para as quatro principais enfermidades que levam ao uso do suporte ventilatório invasivo na perspectiva do SUS, incluindo a paralisia cerebral. O resultado da análise tem forte dependência dos pressupostos que se assume a partir do seguinte questionamento: desinternações levam a reduções de custos ao sistema público de saúde? Se assumirmos que não, por crermos que a liberação de leitos apenas faz com que outros pacientes os ocupem também gerando custos, a intervenção não será custo-efetiva. Já se assumirmos que as desinternações geram redução de custos porque deixa-se de ocupar leitos de UTI - que são de custo muito acima do "leito domiciliar" - a intervenção pode ser custo-efetiva (8).
Devido a esta celeuma e às grandes limitações do modelo de Markov, geradas pela falta de evidências robustas para alimentá-lo, a CONITEC avalia que seu resultado é inconclusivo. Entretanto, considera inquestionável a ampliação do acesso aos leitos de UTI que a internação domiciliar de pacientes dependentes de tecnologia cronicamente proporciona, motivo pela qual recomenda a incorporação da ventilação mecânica invasiva domiciliar no Sistema Único de Saúde (8).
De maneira semelhante, o impacto orçamentário também é fortemente dependente da utilização de custos de internação. Caso considerem-se esses custos para pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva hospitalar, a intervenção proposta gera redução de gastos, caso contrário, o impacto passa a ser positivo e de alto valor, ou seja, a intervenção gera um relevante aumento de gastos (9).

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: HOME CARE

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Inicialmente, reconhece-se a complexidade do caso em tela, em se tratando de paciente internado em hospital de alta complexidade desde o nascimento e com necessidade de diversos acompanhamentos.
A partir dos dados disponíveis no processo, da revisão da literatura científica acima descrita e das políticas públicas de saúde vigentes, conclui-se que a parte necessita de cuidado domiciliar continuado, incluindo ventilação mecânica invasiva, e nutrição parenteral total. A partir dos dados disponibilizados no processo, daquilo que é disponível no município e da revisão da literatura acima descrita, consideramo-nos desfavoráveis ao fornecimento jurisdicional de assistência domiciliar na modalidade Home Care prestada por equipe multiprofissional privada. Reforçamos que não há dados clínicos no processo que corroborem com a necessidade do acompanhamento 24 horas por dia com profissional da área da saúde, a exemplo de técnico de enfermagem.
O uso de suporte ventilatório invasivo e nutrição parenteral total no domicílio é particularmente desafiador. A portaria ministerial que regulamenta a atenção domiciliar prevê suporte do Sistema Único de Saúde para essa situação na modalidade AD3, mas condiciona a prestação da assistência nesse cenário à aptidão da equipe (7). O relatório da CONITEC que recomenda a incorporação da ventilação mecânica invasiva domiciliar no Sistema Único de Saúde aponta para ausência de exigência de cuidados de enfermagem 24h, a exemplo de experiências internacionais semelhantes (10).
Apesar de no Brasil haver relatos de experiências bem sucedidas com a ventilação mecânica domiciliar e uma maior abertura para protocolos de transição do cuidado do hospital para a casa, ainda assim tratam-se de pacientes complexos, que requerem uma boa articulação entre equipe hospitalar, equipe domiciliar e cuidadores. Pacientes e famílias elegíveis para o cuidado domiciliar devem receber um treinamento para a desospitalização iniciado pela equipe do hospital e seguido pela equipe de atenção domiciliar, tendo o cuidador (familiar ou outra pessoa responsável pelos cuidados do paciente em domicílio) um papel fundamental nesse processo. Neste treinamento, usualmente está incluso (11):

- orientações sobre cuidados básicos, incluindo posicionamento, cuidados com higiene e conforto;
- interpretação de sinais e dados vitais, especialmente os que indicam possíveis mudanças do quadro do paciente;
- higiene e prevenção de lesões de pele;
- instruções sobre os equipamentos (ventilador, circuitos do ventilador, bateria, nobreak, umidificadores, inaladores, reanimador manual);
- orientações sobre manobras e atividades que podem ser realizadas por cuidador

treinado;

- planos de contingência para casos de intercorrências (falta de energia elétrica, problemas técnicos com o ventilador), com reavaliações periódicas junto aos familiares/cuidadores;

- suporte básico de vida;

- limpeza e desinfecção dos equipamentos.

Destacamos que para haver atenção domiciliar segura a um paciente em uso de ventilação mecânica, é imprescindível a garantia de retaguarda hospitalar quando se justificar a reinternação, conforme fluxo pré estabelecido e nos casos de: instabilidade clínica ou emergências com indicação de tratamento hospitalar, discordância da família em relação ao atendimento domiciliar, impossibilidade de permanência no domicílio, por mudança nas condições da família ou do paciente ou impossibilidade de fornecimento regular dos insumos e equipamentos necessários que impeçam o paciente de continuar no domicílio (12).
Assim, embora no SUS seja possível o suporte à ventilação mecânica no domicílio por cuidadores treinados com apoio de uma rede organizada, disponível e capacitada para essa finalidade, não há elementos no processo que apontem que esse seja o caso na realidade da parte autora. Por essa razão, entendemos que a única forma de viabilizar o cuidado domiciliar à parte autora passe por um maior envolvimento do município e da rede hospitalar de referência no suporte e treinamento dos cuidadores para o manejo do ventilador mecânico e para as diversas demandas relacionadas e esse cuidado. Entendemos como fundamental uma avaliação médica do Sistema Único de Saúde que ajuste a necessidade e frequência de fisioterapia, de visitas médicas, de enfermeiro e de nutricionista. Da mesma forma, está prevista na modalidade AD3 a assistência a pacientes dependentes de nutrição parenteral. O mesmo se aplica a materiais, equipamentos e medicamentos que ainda não são fornecidos pelo SUS. E ainda, identificamos como essencial que seja feita uma avaliação da assistência social do SUS para que identifique a rede de apoio e as reais condições sócio-econômicas de manutenção do cuidado domiciliar.
Entretanto, se concretizada a impossibilidade de familiares ou outros cuidadores disponíveis para capacitação e realização das atividades de cuidado da parte autora, deve ser avaliada a necessidade de institucionalização da parte autora em dispositivo da rede de acolhimento e proteção especial da assistência social.
Por fim, ressaltamos que diversos medicamentos pleiteados em processo, como beclometasona, espironolactona e furosemida, estão disponíveis na rede pública e não foram apresentadas negativas administrativas para o fornecimento das mesmas, não se justificando o pleito por estes medicamentos.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Eichenwald EC, Stark AR. Bronchopulmonary dysplasia (BPD): Clinical features and diagnosis. UpToDate [Internet]. 2024. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/bronchopulmonary-dysplasia-bpd-clinical-features-and-diagnosis

2. McGrath-Morrow S. Collaco JM. Complications and long-term pulmonary outcomes of bronchopulmonary dysplasia. UpToDate [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/complications-and-long-term-pulmonary-outcomes-of-bronchopulmonary-dysplasia

3. Owens JA. Cognitive and behavioral consequences of sleep disorders in children: Sleep-related breathing disorders. UpToDate [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cognitive-and-behavioral-consequences-of-sleep-disorders-in-children?sectionName=Sleep-related+breathing+disorders

4. 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

5. 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

6. 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.

7. 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

8. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. Relatório de recomendação: ventilação invasiva domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 5 jun. 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2018/relatorio_ventilacao_invasiva_domiciliar.pdf

9. Sterni LM, Collaco JM, Baker CD, Carroll JL, Sharma GD, Brozek JL, et al. ATS clinical practice guideline: chronic home invasive ventilation in children – executive summary. Am J Respir Crit Care Med. 2016;193(8):e16–35.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Recomendações para a Ventilação Mecânica Domiciliar [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 42 p. : il. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf

11. AlBalawi MM, Castro-Codesal M, Featherstone R, et al. Outcomes of Long-Term Noninvasive Ventilation Use in Children with Neuromuscular Disease: Systematic

Review and Meta-Analysis. Ann Am Thorac Soc. 2022;19(1):109-119. doi:10.1513/AnnalsATS.202009-1089OC

12. 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: Trata-se de paciente de 1 ano e 4 meses, em internação hospitalar desde o nascimento. Encontra-se internado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, um hospital de alta complexidade, desde 14/07/2023. Teve nascimento prematuro com 30 semanas e apresenta síndrome de Noonan, encefalomalácia, epilepsia, dismotilidade intestinal grave com necessidade de gastrostomia e ileostomia, displasia pulmonar e estenose valvar pulmonar grave. O paciente é dependente de nutrição parenteral, administrada através de cateter de Broviac; possui traqueostomia e necessita oxigênio suplementar com ventilação mecânica invasiva. Neste contexto, pleiteia diversos insumos e atendimentos para internação domiciliar com vistas à desospitalização. Foi realizada avaliação para planejamento de atenção domiciliar em 19/06/2024, na qual o paciente pontuou 18 pontos (Evento 1, LAUDOAVAL11). Em laudo datado de dezembro de 2024, consta que alguns cuidados relacionados ao paciente deveriam ser realizados somente por técnico de enfermagem. Dentre estes cuidados, estão administração de medicamentos via traqueostomia, higienização da cânula de traqueostomia e verificação de sinais vitais (Evento 43, LAUDO3, Página 3).
A mãe do paciente vem residindo no Hospital de Clínicas de Porto Alegre há cerca de um ano, pretendendo residir em domicílio no município de Cachoeirinha/RS após a alta. Da mesma forma, nenhuma unidade básica de saúde parece ter sido acionada pelo mesmo motivo (Evento 14, PET1). Memorando datado de setembro de 2024, da Secretaria Municipal de Cachoeirinha, informa que o município não possui a contratação do Programa Melhor em Casa e não dispõe de serviços de home care (Evento 48, PROCADM4). A parte autora foi intimada pelo menos três vezes para apresentar negativas administrativas referentes a alguns medicamentos pleiteados, inclusive a fórmula nutricional, que consta no RENAME (Evento 22, DESPADEC1).
Considerando que os produtos e equipamentos pleiteados estão vinculados diretamente ao caráter intensivo e multiprofissional do atendimento domiciliar, a presente avaliação técnica focará na análise de necessidade da assistência em modalidade domiciliar, ou “home care”.
A displasia broncopulmonar (DBP) é uma condição caracterizada pela interrupção do desenvolvimento pulmonar no contexto do parto prematuro. Clinicamente, é caracterizada pela necessidade de oxigênio suplementar a partir de 28 dias de vida, associada à evidência radiológica de doença no parênquima pulmonar, em um neonato com nascimento prematuro. A incidência da DBP varia muito de acordo com diferentes locais e definições clínicas, e reduz com o aumento da idade gestacional. Em neonatos com menos de 28 semanas, sua incidência pode chegar a 40%. Além da idade gestacional, fatores de risco associados com a DBP são restrição do crescimento intrauterino, infecções no período prenatal (como a corioamnionite), tabagismo materno, lesão induzida pela ventilação mecânica no neonato, duto arterioso

patente e infecções pós-natais no neonato. Clinicamente, o neonato se apresenta taquipneico, com necessidade de oxigênio suplementar e alterações à radiografia de tórax (1).

O prognóstico da DBP varia e a maioria dos neonatos evoluem com melhora respiratória em 2 a 4 meses após o diagnóstico, progredindo para o desmame para dispositivos de pressão positiva contínua (CPAP) ou cânula nasal de alto fluxo (CNAF), seguidos por oxigenoterapia por óculos nasal e desmame para ar ambiente. Alguns neonatos persistem dependentes de ventilação mecânica. Há diversas complicações associadas com a DBP, como sepse, hemorragia intraventricular, hipertensão pulmonar, traqueomalácia, entre outros. O tratamento de médio/longo é variável pois depende das condições apresentadas por cada paciente.

Pacientes com DBP possuem risco aumentado para alterações da ventilação durante o sono, incluindo apneia obstrutiva do sono. A polissonografia está indicada para pacientes com história de DBP e sintomas noturnos, tais como ronco persistente, necessidade de oxigênio suplementar após os dois anos de vida e apneia do sono. Estes episódios de apneia são mais comuns durante o sono REM e mesmo pacientes com saturação adequada enquanto despertos podem apresentar hipoxemia e necessidade de oxigênio suplementar durante o sono (2).

O manejo da DBP inclui nutrição adequada, suporte ventilatório e terapia farmacológica. O suporte ventilatório visa um alvo de saturação entre 90-95% no período pré-termo e 95% no período pós-termo. Usualmente, os neonatos realizam desmame da ventilação mecânica para dispositivos de pressão positiva e em seguida para oxigênio suplementar via óculos nasal, almejando permanecer em ar ambiente. Pacientes com estenose subglótica podem necessitar de traqueostomia (3).