Nota Técnica 388941

Data de conclusão: 13/08/2025 08:38:19

Paciente

Idade: 79 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Bento Gonçalves/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 388941

CID: I69.3 - Seqüelas de infarto cerebral

Diagnóstico: Seqüelas de infarto cerebral (I69.3)

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: Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).
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: No cenário em tela, identificamos que a parte autora apresenta comprometimentos decorrentes da doença e suas complicações que geram a dependência 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.
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 (8)
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 (9).
No Sistema Único de Saúde, há previsão desse tipo de cuidado pelas 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 (10) que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas:
Art. 5º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador [...]
Art. 8º Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.
§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das

equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.
§ 2º As equipes de atenção básica que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.
Art. 9º Considera-se elegível na modalidade AD 2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:
I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário [...]
De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, pacientes que necessitam de atenção domiciliar de longa permanência são habitualmente de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (modalidade AD1). Porém, se houver alto uso de tecnologias e necessidade de visitas multiprofissionais mais frequentes, estão indicadas as modalidades AD2 e AD3 pelas Emads. Estes pacientes são os grandes incapacitados, com sequelas de doenças crônicas incapacitantes, entre elas, as neurodegenerativas. São mais importantes os processos de cuidado, a instrumentalização da família e o olhar da longitudinalidade, que auxiliará no fortalecimento de vínculos e de confiança, fundamentais para o processo de cuidados compartilhados (11).
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 (8).
Para a população idosa, a conclusão da revisão é de que o home care provavelmente traz pouca ou nenhuma diferença na mortalidade em seis meses de acompanhamento (razão de risco (RR) 0,88, intervalo de confiança (IC) de 95% 0,68 a 1,13; P=0,30; I2=0%; 5 ensaios, 1502 participantes; evidência de certeza moderada); pouca ou nenhuma diferença na probabilidade de ser readmitido no hospital após alta hospitalar em casa ou internação hospitalar dentro de 3 a 12 meses de acompanhamento (RR 1,14, IC de 95% 0,97 a 1,34; P=0,11; I2=41%; 8 ensaios, 1757 participantes; evidência de certeza moderada); e provavelmente reduz a probabilidade de viver em instituições em seis meses de acompanhamento (RR 0,53, IC 95% 0,41 a 0,69; P<0,001; I2=67%; 4 ensaios, 1271 participantes; evidência de certeza moderada). O home care provavelmente resulta em pouca ou nenhuma diferença no estado de saúde autorrelatado pelo paciente (2006 pacientes; evidência de certeza moderada). A satisfação com os cuidados de saúde recebidos parece ser melhor no home care (1812 participantes; evidência de baixa certeza); poucos estudos relataram o efeito sobre os cuidadores.
O home care reduziu a duração média inicial da internação hospitalar (2036 participantes; evidência de baixa certeza), que variou de 4,1 a 18,5 dias no grupo hospitalar e de 1,2 a 5,1 dias no grupo home care. A duração do home care variou uma média de 3 a 20,7 dias. O home care provavelmente reduz os custos para o serviço de saúde em comparação com a internação hospitalar (2148 participantes; evidência de certeza moderada), e há algumas evidências de que diminui os custos sociais gerais no seguimento desses pacientes por seis meses.
A conclusão dos autores é de que o home care, com a opção de transferência para o hospital, pode fornecer uma alternativa eficaz ao atendimento hospitalar para um grupo seleto de idosos

com indicação de internação hospitalar. A intervenção provavelmente faz pouca ou nenhuma diferença nos resultados de saúde do paciente; pode melhorar a satisfação; provavelmente reduz a probabilidade de realocação para instituições; e provavelmente diminui os custos.
Considerando especificamente as questões assistenciais, não há dados clínicos no processo que corroborem com a necessidade do acompanhamento diário por período de 24 horas com profissional técnico de enfermagem. Cuidados prestados a paciente clinicamente estável, objetivando a observação, o conforto, a higiene e a administração de medicações não precisam ser realizados por profissional técnico, mas sim por cuidador devidamente capacitado (10,11).
No que se refere ao acompanhamento com médico e enfermeiro, estes podem ser da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) ao qual a família da autora é referenciada, de forma que através de visitas domiciliares, possam acompanhar a evolução do quadro da autora e que possam orientar e apoiar a família na garantia do cuidado à autora. Além da estrutura da ESF, a família poderá sempre recorrer ao serviço hospitalar especializado e à UPA do município para avaliação de intercorrências e ações que precisem de profissional, a exemplo de revisão da traqueostomia e da gastrostomia em caso de suspeita de irregularidade.
O papel dos profissionais da saúde pleiteados é de acompanhar, orientar e ensinar os cuidadores a reproduzirem os estímulos, os exercícios e os cuidados prescritos por estes profissionais. É papel do cuidador estimular o paciente, mobilizar, estimular com brinquedos e estimular a cavidade oral para desenvolver o reflexo da deglutição. Ou seja, o papel dos profissionais é, em casos como este, ensinar o que pode ser feito para que o paciente siga sendo cuidado, estimulado e prevenindo complicações.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Mensal	Valor Anual
Home Care	Contratação mensal de assistência à saúde multiprofissional contínua, incluindo medicamentos, produtos e locações de utensílios.	12	R$ 30.810,85	R$ 369.730,20

*Conforme orçamento de menor valor apresentado no processo Evento 1, OUT10, Página 1 e 2).
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 em comparação com cuidado por cuidadores familiares treinados.

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

Conclusão

Tecnologia: Home Care

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: A partir das informações clínicas disponibilizadas e das políticas públicas vigentes, concluímos que a autora pode se beneficiar de Atenção Domiciliar prevista pelo SUS. Para os cuidados diários, a autora necessita de cuidador que a apoie nas rotinas de higiene, mudanças de decúbito, alimentação e administração de medicamentos. Esse cuidador não necessita ter formação, mas receber orientação das equipes de saúde. A unidade básica de saúde de referência, a partir de visitas domiciliares, pode elaborar o plano de cuidados mais adequado para que a parte receba a assistência de acordo com suas demandas em saúde para as questões de cuidado médico e reabilitação.
É compreensível que cuidadores domiciliares tenham dificuldade em garantir a rotina de cuidados à autora, portanto vê-se a necessidade de se construir alternativas para esse cuidado. O trabalho de cuidador 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 (12).
Entretanto, considerando a concretização da impossibilidade de familiares em realizar o cuidado da autora, ou ainda da ausência de outras pessoas que possam auxiliar nessa rotina, sugerimos 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.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:
1. Caplan LR. Etiology, classification, and epidemiology of stroke [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/etiology-classification-and-epidemiology-of-stroke?search=stroke&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
2. Feigin VL, Nichols E, Alam T, Bannick MS, Beghi E, Blake N, et al. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol. 2019;18(5):459–80.
3. Caplan LR. Clinical diagnosis of stroke subtypes [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-diagnosis-of-stroke-subtypes?search=stroke&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
4. Ministério da Saúde. Trombólise no acidente vascular cerebral isquêmico agudo [Internet]. 2012. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Tromb--lise-no-Acidente-Vascular-Cerebral-Isqu--mico-Agudo.pdf
5. Furie KL, Rost NS. Overview of secondary prevention of ischemic stroke [Internet]. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-secondary-prevention-of-ischemic-stroke?search=stroke&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
6. Davis SM, Donnan GA. Secondary prevention after ischemic stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med. 2012;366(20):1914–22.

7. O'Neill D, Horgan F, Hickey A, McGee H. Long term outcome of stroke: Stroke is a chronic disease with acute events. BMJ. 2008 Mar 1;336(7642):461. doi: 10.1136/bmj.39500.434086.1F.
8. 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
9. 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.
10. 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
11. 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
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: Conforme relatório médico anexado aos autos, a parte autora apresenta sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi), com hemiplegia direita e força muscular grau 0, o que resulta em comprometimento de sua mobilidade. Encontra-se incapaz de mudar de posição no leito, sentar-se, realizar transferências, alimentar-se, tomar banho, vestir-se ou realizar higiene pessoal, mesmo com auxílio. Apresenta afasia de expressão total, com impossibilidade de comunicação, e disfagia grave, que apesar de leve melhora recente, ainda a impede quase totalmente de manter alimentação oral, exigindo o uso de sonda nasoenteral para alimentação, hidratação e medicação. Também apresenta úlcera de pressão sacral em estágio II, exigindo curativos, higiene e mudanças frequentes de posição, realizadas por equipe capacitada. Diante do exposto, pleiteia jurisdicionalmente equipe multidisciplinar para home care.
Considerando que os produtos 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 “home care”.
Em linhas gerais, o AVC pode ser classificado em duas categorias diametralmente opostas: hemorrágico e isquêmico (1). Enquanto que o AVC hemorrágico caracteriza-se pela presença de sangramento encefálico decorrente, por exemplo, de uma hemorragia intracraniana, o AVC isquêmico origina-se do suprimento sanguíneo insuficiente ao encéfalo, frequentemente causado por trombos ou êmbolos. Trombos são coágulos de sangue formados no interior das artérias, por processos diversos, como arteriosclerose. A presença de trombos viabiliza o surgimento de êmbolos, ou seja, de debris que, no caso do AVCi, obstruem vasos sanguíneos encefálicos. O AVCi é responsável por cerca de 70% dos casos de AVC
O AVC é a principal causa de incapacidade e a segunda maior causa de mortalidade no mundo (2). Raramente acomete indivíduos com menos de 40 anos de idade (3); contudo, a presença

de múltiplos fatores de risco, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, tabagismo e história familiar pode ocasionar formação de placas de arteriosclerose em idade precoce. Clinicamente, em ambos os casos, tem-se aparecimento abrupto de déficits neurológicos característicos da região cerebral acometida (4). Tendo em vista que os vasos sanguíneos mais frequentemente acometidos são pertencentes à circulação carotídea ou anterior, às manifestações clínicas mais comuns são perda de sensibilidade e de força em um lado do corpo (contralateral à lesão cerebral) e alteração de visão, podendo ocorrer distúrbios da fala.

Após episódio de AVCi, busca-se prevenir a ocorrência de novas isquemias por meio de estratégias de prevenção secundária (5,6). Controla-se, então, fatores de risco através do tratamento adequado de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia. Ademais, recomenda-se cessação de tabagismo e realização de atividades físicas frequentes. Em caso de limitações secundárias ao AVCi, são indicadas estratégias terapêuticas para apoio sintomático, incluindo cuidado multidisciplinar, com atenção especial ao manejo das funções respiratória e alimentar (4).