Nota Técnica 391735

Data de conclusão: 19/08/2025 16:14:43

Paciente

Idade: 22 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 391735-A

CID: S22 - Fratura de costela(s), esterno e coluna torácica

Diagnóstico: fratura de costela(s), esterno e coluna torácica (S22)

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 pela equipe de atenção primária, 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 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 (3)
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 (4).
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 (5) 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 (6).
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 (3).
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.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Mensal*	Valor Anual
Home Care	Contratação mensal de assistência à saúde com profissional técnico de enfermagem	12	R$ 22.890,00	R$ 274.680,00
Fisioterapia	Fisioterapia domiciliar	8 sessões mensais	R$ 260,00	R$ 2.080,00
Psicologia	Acompanhamento psicológico domiciliar	1 sessão semanal	R$ 140,00	R$ 560,00
Total				R$ 277.320,00``

*Conforme orçamentos apresentados no processo (Evento 1, OUT11, Página 1,Evento 1, OUT13, Página 1 e Evento 1, OUT16, Página 1).
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: Home Care

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: 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 (5,6).
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.
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(a) que a apoie nas rotinas de higiene, sondagem vesical, troca de fraldas e mudanças de decúbito, por exemplo. 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 (7).
Recomendamos que a autora e sua rede de apoio 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. 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 (6).
Diante do exposto, emitimos o parecer desfavorável ao pleito.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf. Acesso em: 9 ago. 2025.

2. Bracken, Michael B. et al. A randomized, controlled trial of methylprednisolone or naloxone in the treatment of acute spinal-cord injury. The New England Journal of Medicine, v. 322, n. 20, p. 1405-1411, 1990. DOI: 10.1056/NEJM199005173222001.

3. 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

4. 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.

5. 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

6. 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

7. 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 fratura-luxação da coluna dorsal e paraplegia decorrente de trauma raquimedular em 2023. Em 15/07/2025, encontrava-se verbalizando, lúcida, orientada, humor estável, dependente de terceiros para atividades básicas da vida diária. Faz uso de fraldas para controle de evacuação. Requer sondagens vesicais de alívio 4 vezes ao dia para eliminação urinária. Apresenta quadros recorrentes de infecções urinárias (já em tratamento com urologista). Alimentação via oral. Pele íntegra, hidratada, sem presença de lesões por pressão, apresentando boas condições de higiene e cuidado. Passa o dia deitada, restrita ao quarto, não se envolve em atividades e recebe poucas visitas.

Em razão do quadro clínico, o médico assistente indicou acompanhamento em regime de home care, com atendimento por fisioterapeuta, técnico de enfermagem, psicólogo e utilização de guincho elevador para auxílio no transporte. Ao solicitar os insumos e atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), houve negativa sob o argumento de que os itens pleiteados não estão disponíveis na rede pública, motivo pelo qual requer, judicialmente, a concessão dos cuidados e materiais.

A paraplegia decorrente de trauma raquimedular é uma condição caracterizada pela perda motora e/ou sensitiva dos membros inferiores e parte do tronco, resultante de lesão da medula espinhal, geralmente causada por acidentes de trânsito, quedas, ferimentos por arma de fogo ou mergulhos em águas rasas. O comprometimento neurológico ocorre abaixo do nível da lesão e pode ser completo ou incompleto, conforme a classificação da American Spinal Injury Association (ASIA). Além da perda funcional, o paciente pode apresentar complicações associadas, como disfunções vesicais e intestinais, alterações circulatórias e risco aumentado de úlceras por pressão (1).

O tratamento conservador é indicado principalmente em casos estáveis, sem instabilidade mecânica grave ou compressão progressiva da medula. Ele inclui imobilização com órteses ou coletes, controle da dor, prevenção de complicações tromboembólicas, manejo de função

vesical e intestinal, fisioterapia para manutenção da amplitude de movimento e fortalecimento muscular residual, além de reabilitação motora e funcional visando maximizar a independência. A abordagem interdisciplinar, envolvendo médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psicólogos, é fundamental para otimizar a recuperação e a qualidade de vida do paciente (2).

Tecnologia 391735-B

CID: S22 - Fratura de costela(s), esterno e coluna torácica

Diagnóstico: fratura de costela(s), esterno e coluna torácica (S22)

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: Equipamentos: Guincho para transporte; Cadeira de rodas motorizada.

O produto está inserido no SUS? Sim

O produto está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Equipamentos: Guincho para transporte; Cadeira de rodas motorizada.

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Acompanhamento com orientações de equipe multiprofissional para que sejam feitos os cuidados necessários.

O produto está inserido no SUS: está para a cadeira de rodas motorizada. Procedimento SIGTAP: 07.01.01.022-3 - cadeira de rodas motorizada adulto ou infantil.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Equipamentos: Guincho para transporte; Cadeira de rodas motorizada.

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Equipamentos: Guincho para transporte; Cadeira de rodas motorizada.

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Guincho motorizado para transferência de paciente acamado:
Verificou-se não haver revisões sistemáticas, ensaios clínicos controlados ou metanálises que avaliem o impacto do uso de guinchos de transferência no cuidado com pacientes acamados. Assim como não há política nacional que regulamente fornecimento de tais dispositivos de transferências.
Pacientes com mobilidade restrita e/ou restritos ao leito, incluindo aqueles com lesão por pressão, têm no papel do cuidador o essencial na prevenção e tratamento de agravos. O reposicionamento não reduz a intensidade da pressão, mas reduz a duração desta em determinada área. A frequência deve ser reajustada conforme as características da superfície de apoio e complicações clínicas do paciente [3].
Há de se observar o risco de sobrecarga do cuidador e da síndrome familiar pós-cuidados intensivos. Conforme a escassa evidência na área, o risco de sobrecarga pode ser ainda maior em alguns contextos, como o de cuidadores com problemas de saúde e de pacientes com alto grau de dependência [4,5]. Estudos revelam que o elevado dispêndio de força muscular e gasto excessivo de energia física para a realização de atividades como levantamento, manuseio e transporte de pacientes podem ocasionar problemas posturais e fadiga nos profissionais ou familiares que prestam cuidados a pacientes dependentes [6].
Cadeira de rodas motorizada adaptada
Uma cadeira de rodas motorizada é um dispositivo de mobilidade equipado com um sistema elétrico que permite a locomoção sem a necessidade de propulsão manual. Alimentada por baterias recarregáveis, é controlada por dispositivos adaptativos, sendo indicada para pessoas com limitações severas de movimento nos membros superiores ou dificuldades de locomoção prolongadas [7].
De acordo com a PORTARIA Nº 1.272, DE 25 DE JUNHO DE 2013 do Ministério da Saúde que normatiza sobre Procedimentos de Cadeiras de Rodas e Adaptação Postural em Cadeira de Rodas na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde [8], a prescrição de cadeira de rodas motorizada passa por avaliação completa por profissionais habilitados (equipe multidisciplinar) e são indicadas exclusivamente a indivíduos que:

1. aspecto motor: tenha comprometimento total da marcha, portanto seja dependente de cadeira de rodas para sua locomoção, que por algum motivo não consiga impulsionar a cadeira de forma manual e independente, mas que tenha habilidade mínima suficiente para controlar de forma adequada a cadeira motorizada;

2. aspecto cognitivo: deve ter nível de compreensão, capacidade de planejamento, execução e atenção satisfatórios. Assim como grau de alteração de controle inibitório, impulsividade e heminegligência também devem ser avaliados para que haja condução com eficiência e segurança o equipamento, avaliando os riscos tanto para o paciente quanto para as pessoas ao redor;

3. aspecto auditivo: deve ser assegurado que o usuário tenha nível de audição suficiente de forma que possa perceber e prevenir situações que apresentem risco para si mesmo e outras pessoas;

4. aspecto da visão: deve ser evidenciado que o usuário não possua alterações visuais que venham a comprometer sua segurança e de outras pessoas durante a condução da

cadeira de rodas motorizada.

5. aspecto do ambiente: deverá ser considerado aspectos acerca do ambiente doméstico do usuário como presença de degraus, mobiliários, larguras de portas insuficientes, bem como aspectos do percurso cotidiano como calçadas e rampas inadequadas, presença de degraus, relevo acidentado e outros fatores que impeçam a utilização da cadeira de rodas.

Na conclusão da avaliação, a equipe multidisciplinar deverá indicar a opção mais segura para o usuário e a garantia que o usuário receba treinamento adequado para o uso da cadeira de rodas que lhe for prescrita [9]

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
Produto	Guincho transferência elevação 180 kg	1	R$ 9.000,00	R$ 9.000,00

* Evento 1, OUT18, Página 1
O quadro acima é composto por dois diferentes orçamentos com o menor valor do produto pleiteado. O orçamento anexado para aluguel não considerou custo da cadeira de rodas motorizada. Não foram incluídos orçamentos para cadeira de rodas motorizada. Em consulta ao Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, a cadeira de rodas motorizada adulto sob medida apresenta um custo de R$5.593,65. Esse valor não representa necessariamente o custo real, mas indica que há previsão desse material pelo sistema público de saúde.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Indeterminado.

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

Conclusão

Tecnologia: Equipamentos: Guincho para transporte; Cadeira de rodas motorizada.

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Inicialmente, grifamos que não há estudos ou políticas públicas que sinalizem que mediante guincho e cadeira de rodas haja melhor cuidado de paciente acamado. O que de fato surte efeito na rotina de cuidados são as orientações e prescrições da equipe de saúde incorporadas pelos cuidadores no cuidado do paciente.
É compreensível que a pessoa cuidadora 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, que são fundamentalmente as mulheres. Trata-se de um trabalho fundamental, de extrema relevância social, mas que tende a ser invisível e causar sobrecargas físicas, psíquicas e emocionais e que nem todas as pessoas conseguem executar [9].

De fato, identificamos que o cuidado precisa ser constituído diferentemente, buscando redes de suporte, contratação de cuidadores (sem formação, mas com treinamento pelos profissionais que assistem o autor) e até mesmo, caso se identifique a impossibilidade da pessoa cuidadora seguir fazendo o cuidado ou da contratação de cuidadores, que seja considerada a alternativa de institucionalização em residências de longa permanência do autor.
Portanto, neste cenário destacamos o papel do assistente social que precisa realizar uma avaliação social com vistas a contribuir para a autora e cuidador a encontrar alternativas que de fato mude a condição do autor. 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 [10].
Por fim, necessário destacar que para o autor ter acesso a uma cadeira de rodas motorizada é necessário que passe inicialmente por avaliação com equipe de Centro Especializado de Reabilitação para que seja avaliada a pertinência para o caso, pois o autor deve demonstrar ter condições motoras, cognitivas, auditivas e ambientais para fazer uso deste equipamento.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. National Spinal Cord Injury Statistical Center. Annual report for the model spinal cord injury care systems. Birmingham (AL); 2017.

2. DynaMed. Management of Chronic Spinal Cord Injury. EBSCO Information Services. Accessed 16 de abril de 2025. https://www.dynamed.com/management/management-of-chronic-spinal-cord-injury

3. Chew HSJ et al. Turning frequency in adult bedridden patients to prevent hospital-acquired pressure ulcer: A scoping review. Int Wound J. 2018;15:225–236.

4. Bekdemi?r A, ?lhan N. Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. ORIGINAL ARTICLE. The Journal of Nursing Research VOL. 27, NO. 3, JUNE 2019.

5. Abarca E et al. Perceptions on technology for volunteer respite care for bedridden elders in Chile. International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being, 2018 VOL. 13, 1422663 https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1422663.

6. Zanon, E.; Marziale, M. H. P. Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados Rev.Esc.Enf.USP, v. 34, n. 1, p. 26-36, mar. 2000.

7. De Carlo, M. M. R. P.; Luzo, M. C. M. (Org.). Terapia ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca, 2004.

8. Ministério da saúde. PORTARIA Nº 1.272, DE 25 DE JUNHO DE 2013. Acesso em 05 de julho de 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1272_25_06_2013.html

9. 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.

10. 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: Conforme relatório médico anexado aos autos, a parte autora apresenta fratura-luxação da coluna dorsal e paraplegia decorrente de trauma raquimedular em 2023. Em 15/07/2025, encontrava-se verbalizando, lúcida, orientada, humor estável, dependente de terceiros para atividades básicas da vida diária. Faz uso de fraldas para controle de evacuação. Requer sondagens vesicais de alívio 4 vezes ao dia para eliminação urinária. Apresenta quadros recorrentes de infecções urinárias (já em tratamento com urologista). Alimentação via oral. Pele íntegra, hidratada, sem presença de lesões por pressão, apresentando boas condições de higiene e cuidado. Passa o dia deitada, restrita ao quarto, não se envolve em atividades e recebe poucas visitas.

Em razão do quadro clínico, o médico assistente indicou acompanhamento em regime de home care, com atendimento por fisioterapeuta, técnico de enfermagem, psicólogo e utilização de guincho elevador para auxílio no transporte juntamente com cadeira de rodas motorizada. Ao solicitar os insumos e atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), houve negativa sob o argumento de que os itens pleiteados não estão disponíveis na rede pública, motivo pelo qual requer, judicialmente, a concessão dos cuidados e materiais.

A paraplegia decorrente de trauma raquimedular é uma condição caracterizada pela perda motora e/ou sensitiva dos membros inferiores e parte do tronco, resultante de lesão da medula espinhal, geralmente causada por acidentes de trânsito, quedas, ferimentos por arma de fogo ou mergulhos em águas rasas. O comprometimento neurológico ocorre abaixo do nível da lesão e pode ser completo ou incompleto, conforme a classificação da American Spinal Injury Association (ASIA). Além da perda funcional, o paciente pode apresentar complicações associadas, como disfunções vesicais e intestinais, alterações circulatórias e risco aumentado de úlceras por pressão (1).

O tratamento conservador é indicado principalmente em casos estáveis, sem instabilidade mecânica grave ou compressão progressiva da medula. Ele inclui imobilização com órteses ou coletes, controle da dor, prevenção de complicações tromboembólicas, manejo de função vesical e intestinal, fisioterapia para manutenção da amplitude de movimento e fortalecimento muscular residual, além de reabilitação motora e funcional visando maximizar a independência.

A abordagem interdisciplinar, envolvendo médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e psicólogos, é fundamental para otimizar a recuperação e a qualidade de vida do paciente (2).