Nota Técnica 395327

Data de conclusão: 27/08/2025 11:11:25

Paciente

Idade: 17 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Sapiranga/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 395327

CID: G93.1 - Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte

Diagnóstico: G93.1 Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte

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: assistência domiciliar prestada por Equipes de Atenção Básica ou pelos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) a partir das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)

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 locomoção.
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 [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 (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), nível AD2 e AD3. Sobre essa assistência, reforçamos aquilo que consta na Portaria Nº 825, de 25 de Abril de 2016 [9] 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 oferecidos pelas EMADs e EMAPs vinculadas aos SAD. Estes pacientes são os grandes incapacitados, com sequelas de doenças crônicas incapacitantes. 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 [5].
A modalidade AD1, por ser de responsabilidade executiva das Equipes de Atenção Básica, pode ser oferecida pelo serviço municipal de saúde de qualquer município brasileiro, independentemente do seu porte. Já os Serviços de Atenção Domiciliar, responsáveis pela execução das modalidades AD2 e AD3, são exclusivos de municípios com população igual ou superior a 20.000 habitantes. Contudo, cumpre informar que municípios de menor porte populacional podem instituir SADs a partir de agrupamento com outros municípios, somando assim população igual ou superior a 20.000 habitantes.
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 [6].
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 [6].
Custo:

Não foi anexado orçamento em processo. Não foram encontradas análises econômicas considerando o cenário em tela para a realidade brasileira.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: 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 demonstrem necessidade de acompanhamento especializado em saúde no regime de home care. Cuidados prestados a paciente clinicamente estável, objetivando a observação, o conforto, a higiene e a administração de medicamentos não precisam ser realizados por profissional técnico, mas sim por cuidador devidamente capacitado [5,6].
A partir das informações clínicas disponibilizadas e das políticas públicas vigentes, concluímos que o autor pode se beneficiar de Atenção Domiciliar prevista pelo SUS na modalidade AD1, ofertada pelas equipes municipais de Atenção Básica. Para os cuidados diários, a parte autora necessita de cuidador que a apoie nas rotinas de higiene, troca de fraldas, mudanças de decúbito, alimentação e administração de medicamentos. Esse cuidador não necessita ter formação, mas receber orientação das equipes de saúde do próprio município. A unidade básica de saúde de referência, a partir de visitas domiciliares regulares, pode coordenar a execução do plano de cuidados mais adequado para que a parte autora 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 está envolvida na atenção à sua saúde e se comprometeu em fornecer atendimentos médicos e de técnico de enfermagem conforme necessidade e insumos para manejo de traqueostomia e de dieta por sonda enteral.
Entretanto, considerando a concretização da impossibilidade de se encontrar familiares que se responsabilizam pelo 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 parte autora poderá continuar em acompanhamento pelo SUS, mantendo acesso aos recursos já disponíveis para ela.
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. Hypoxic-ischemic brain injury in adults: Evaluation and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 29 de agosto de 2024]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hypox

ic-ischemic-brain-injury-in-adults-evaluation-and-prognosis?search=encefalopatia+hip%C3%B3xica+isqu%C3%AAmica&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

2. 2. Pereira JCRG. Abordagem do paciente reanimado, pós-parada cardiorrespiratória. Rev Bras Ter Intensiva. junho de 2008;20:190–6.

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.htm

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: Trata-se de paciente acometido por morte súbita em 27/06/2025, durante prática esportiva. Paciente foi atendido por equipe de urgência e transportado ao hospital, onde quinze minutos depois foi realizada ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com retorno a ritmo sinusal após 3 desfibrilações elétricas, totalizando tempo de retorno da circulação espontânea (ROSC) de 50 minutos. Paciente apresentou pupilas mióticas após a RCP, denotando dano cerebral grave. O paciente encontra-se totalmente dependente de cuidados e sem vida de relação; depreende-se que o paciente não apresenta dificuldade respiratória, pois evoluções hospitalares registram ventilação em ar ambiente por traqueostomia. Foi anexado informativo da secretaria municipal de saúde de Sapiranga relatando que o Município irá garantir à parte autora:
- equipe de saúde designada para visitas semanais, com acompanhamento médico e de

enfermagem conforme necessidade;
- aspirador de secreções, sondas de aspiração e demais materiais relacionados;
- dietas enterais por sonda e equipamentos necessários;
- insumos diversos que se fizerem necessários (Evento 30, INF2).
Neste contexto, pleiteia internação domiciliar.
A encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) é uma consequência da interrupção global do fornecimento de nutrientes ao cérebro, principalmente oxigênio e glicose, levando à lesão irreversível. As principais causas são: parada cardiorrespiratória (PCR); hipotensão grave; asfixia ou intoxicação por monóxido de carbono [1]. Dessas causas, merece destaque a PCR, que acomete cerca de 450 mil indivíduos anualmente nos Estados Unidos. Em 80% dos casos, a PCR ocorre fora do ambiente hospitalar, com taxa de mortalidade acima de 90%, sendo que mais da metade dos sobreviventes apresenta algum grau de sequela neurológica. Quando ocorre em ambulatório a sobrevida pós PCR varia entre 5% e 35% [2]. O tratamento adequado da PCR e os cuidados neurointensivos são importantes para melhorar o prognóstico dessa condição, que em geral é bem grave.