Nota Técnica 398065

Data de conclusão: 02/09/2025 14:15:02

Paciente

Idade: 78 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Passo Fundo/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 398065

CID: G30 - Doença de Alzheimer

Diagnóstico: Doença de Alzheimer (G30)

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).

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.
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 (6).
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 (7).
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 (8) 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. 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 (9).
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 (6).
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 Unitário*	Valor Anual
Sessão	deAtendimentos	104	R$ 259,00	R$ 26.936,00

fisioterapia	semanais.			
Sessão de fonoaudiologia	Atendimentos semanais.	52	R$ 299,00	R$ 15.548,00
Enfermagem	Atendimentos a cada 48h	180	R$ 299,00	R$ 53.820,00
Cuidados técnico enfermagem	de Presença 24h de dia.	por 365	R$ 680,00	R$ 248.200,00
Consulta médica	Atendimentos quinzenais.	24	R$ 890,00	R$ 21.360,00
Total				R$ 365.864,00

* Com base em orçamento anexo ao processo(Evento 1, ORCAM13).
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 (8,9).
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.
O acesso ao serviço de Atenção Domiciliar dá-se por meio de médico da estratégia de saúde da família do município. Nessa linha, não se identificou justificativa para impedimento à atenção domiciliar fornecida pela própria unidade básica de saúde. Portanto, a equipe de referência poderá reavaliar qual a necessidade de procedimentos para orientar o autor e sua família sobre os caminhos possíveis de acesso pelo SUS, incluindo os atendimentos com fisioterapia e fonoaudiologia.
É compreensível que cuidadores domiciliares tenham dificuldade em garantir a rotina de cuidados ao autor, 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 (10) 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 .
Desta forma, um dos primeiros movimentos necessários é aumentar a aproximação do cuidador 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 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 o autor.
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.
Entretanto, considerando a concretização da impossibilidade de familiares 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 autora em residência de longa permanência. Lembramos que, em caso de institucionalização, o autor 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. David A Wolk, Bradford C Dickerson. Uptodate. 2020. Clinical features and diagnosis of Alzheimer disease. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-alzheimer-disease/print?search=Alzheimer&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. C. Dirk Keene, Thomas J Montine, Lewis H Kuller. Uptodate. 2020. Epidemiology, pathology, and pathogenesis of Alzheimer disease. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-and-pathogenesis-of-alzheimer-disease/print?search=Alzheimer&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
3. Petersen R. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2024. Mild cognitive impairment: Prognosis and treatment. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/mild-cognitive-impairment-prognosis-and-treatment?search=decl%C3%ADnio+cognitivo+leve&source=search_result&selectedTitle=3%7E150&usage_type=default&display_rank=3
4. Burns A, Iliffe S. Alzheimer's disease. BMJ. 5 de fevereiro de 2009;338:b158.
5. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Doença de Alzheimer [Internet]. 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Recomendacao/Relatorio_PCDTDoen%C3%A7a_de_Alzheimer_267_17_final_SEC1207.pdf
6. Edgar K, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Gonçalves-Bradley DC, Wong E, et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev. 5 de março de 2024;3(3):CD007491.
7. Palliative care delivery in the home - UpToDate [Internet]. [citado 28 de agosto de 2025].

Disponívelem:https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-delivery-in-the-home?search=Palliative%20care%20delivery%20in%20the%20home&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
8. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. 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. [Internet]. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar [Internet]. Vol. 2. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf
10. 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: TelessaudeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico, a paciente possui diagnóstico de Doença de Alzheimer. Descreve que ao exame neurocognitivo realizado em 02/04/2025, a paciente apresentou uma redução significativa em seu escore no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que passou de 13 pontos (anteriormente registrado) para 09 pontos, refletindo uma perda neurocognitiva acentuada, caracterizando uma progressão da doença. A deterioração das funções cognitivas da paciente resultou em maior dependência para a realização das atividades diária, atualmente exigindo cuidados contínuos e intensivos, tanto para o manejo das funções básicas (alimentação, higiene pessoal, locomoção) quanto para a supervisão em atividades cognitivas e de segurança, uma vez que apresenta dificuldades em orientar-se no ambiente, reconhecer pessoas e realizar tarefas simples do dia a dia(Evento 1, ATESTMED6). A paciente recebeu visita domiciliar da equipe da UBS CAIS Luiza de Passo Fundo conforme orientação da Secretaria Municipal de Saúde. O relatório descreve a situação da paciente com demência diagnosticada há três anos, cuidada integralmente pelo seu filho, que realiza tarefas de higiene, alimentação, administração de medicamentos e locomoção. A paciente apresenta dificuldades para deglutir alimentos sólidos, baixa aceitação alimentar, perda de peso, episódios de agitação no final da tarde (“crise do pôr do sol”) e confusão mental. Seu filho, único cuidador, relata cansaço emocional e falta de rede de apoio. A paciente possui plano de Saúde do IPÊ que utiliza para consultas e exames médicos, recorrendo ao CAIS apenas para vacinação e medicamentos. Durante a visita, estava sorridente, porém inquieta e confusa, necessitando supervisão contínua. O ambiente domiciliar é pequeno, adaptado de forma simples, porém com condições precárias de higiene e conservação. Neste relatório, a tabela de avaliação para planejamento da atenção domiciliar indica que a paciente possui dependência total e que se enquadra nos critérios para receber atendimento multiprofissional domiciliar (Evento 56, LAUDOAVAL2).
A Doença de Alzheimer (DA) é um distúrbio neurodegenerativo caracterizado por déficits cognitivo, motor e comportamental (tríade neuropsicomotora) que prejudicam as atividades de vida diária, com piora gradual (1). A prevalência da DA aumenta com a idade (raramente ocorre antes dos 60 anos de idade) (2). Estima-se que acometa 5 a cada 1.000 indivíduos com idade entre 65 e 70 anos e 60 a 80 a cada 1.000 pessoas com 85 anos ou mais (3). Os fatores de risco estabelecidos para DA são idade e história familiar (o risco aumenta com o número

crescente de familiares de primeiro grau afetados) (4). A etiologia de DA permanece indefinida, embora seja reconhecido que o acúmulo da proteína ?-amiloide no tecido neuronal tenha alta relevância na patogênese; a superprodução desta proteína é associada ao comprometimento do tecido nervoso, o que leva ao desenvolvimento progressivo dos sintomas (5).

A base do tratamento da doença de Alzheimer é sintomática: maneja-se distúrbios comportamentais, bem como se orienta mudanças ambientais e medidas de segurança (3). Para isso, o tratamento deve ser multidisciplinar, podendo incluir atividade física, terapia cognitivo comportamental e mudanças nutricionais. Há, também, alternativas farmacológicas que podem ser utilizadas com objetivo de estabilizar o comprometimento cognitivo e o comportamento, permitindo a realização das atividades da vida diária. Dentre as alternativas citam-se os inibidores da colinesterase (como donepezila, rivastigmina e galantamina) e a memantina, um antagonista dos receptores N-metil-D-aspartato (NMDA – receptor glutaminérgico).

Considerando que os produtos e equipamentos pleiteados estão vinculados diretamente ao caráter domiciliar, a presente avaliação técnica focará na análise de necessidade da assistência em modalidade “home care”.