Nota Técnica 405882

Data de conclusão: 19/09/2025 11:28:07

Paciente

Idade: 5 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Nova Santa Rita/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 405882

CID: G80.0 - Paralisia cerebral quadriplágica espástica

Diagnóstico: Paralisia cerebral quadriplágica espástica (G80.0)

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: 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 diagnóstico de paralisia cerebral.
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 (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 (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 (7) 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 (10).

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	12 de	R$ 27.517,20	R$ 330.206,40

	assistência à saúde multiprofissional contínua, incluindo materiais, equipamentos e medicamentos.

*Conforme orçamento apresentado pela parte autora (Evento 1, OUT2, Página 30)
Na tabela acima é apresentado o custo mensal e anual do serviço de home care pleiteado, conforme segundo menor orçamento juntado aos autos. Ressaltamos que o orçamento presente nos autos refere-se ao valor em 23 de setembro de 2024.

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 a necessidade do acompanhamento diário 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 (4,5).
A partir das informações clínicas disponibilizadas e das políticas públicas vigentes, concluímos que o autor pode se beneficiar de Atenção Domiciliar prevista pelo SUS. Para os cuidados diários, a parte autora necessita de cuidador que o 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. Considerando o caso concreto, também não está justificado o tratamento de fisioterapia diário, podendo este tratamento ser avaliado pela equipe do município que poderá indicar a frequência mais adequada para as necessidades do paciente.
Pelo que se observa no processo, a unidade básica de saúde de referência da autora não está envolvida na atenção à sua saúde. Desta forma, um dos primeiros movimentos necessários é aproximar os familiares da parte autora à unidade básica de saúde de referência, para que seja avaliada a situação e dados os encaminhamentos cabíveis.
É compreensível que cuidadores domiciliares tenham dificuldade em garantir a rotina de cuidados à parte 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 (15).
O papel da assistência social também 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 (10).
Nos preocupa a ausência de profissional assistente social no município para poder dar a assistência necessária para casos como o em tela. Neste sentido, sugerimos que os entes administrativos responsáveis sejam indagados quanto às medidas realizadas pelo município para suprir a ausência de profissional qualificado.
Por fim, considerando a concretização da impossibilidade de capacitar familiares para realizar o cuidado da parte autora e de organizar uma rede profissional e assistencial de suporte, pode ser avaliada a necessidade de institucionalização da parte autora em instituição de baixa complexidade em dispositivo da rede de acolhimento e proteção especial da assistência social. 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. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl. 2007;109(suppl 109):8–14.
2. Barkoudah E. Cerebral palsy: Overview of management and prognosis. UpToDate. 2025.
3. Barkoudah E. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues. UpToDate. 2025.
4. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022. Management of Cerebral Palsy .
5. Engelen V, Ketelaar M, Gorter JW. Selecting the appropriate outcome in paediatric physical therapy: how individual treatment goals for children with cerebral palsy are reflected in GMFM-88 and PEDI. J Rehabil Med. 2007;39(3):225–31.
6. Damiano DL. Activity, activity, activity: rethinking our physical therapy approach to cerebral palsy. Phys Ther. 2006;86(11):1534–40.
7. 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
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. 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
11. 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
12. 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.
13. 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
14. 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
15. 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 último relatório médico (Evento 43, LAUDO2, Página 152), datado de 11 de fevereiro de 2025, trata-se de paciente com diagnóstico de paralisia cerebral (CID-10: G80), ataxia (CID-10: G11), disfagia (CID-10: R13), incontinência urinária e fecal (CID-10: R32; R15), asma (CID-10: J45), desnutrição proteico-calórica (CID-10: E43), hipoacusia (CID-10: H90) e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (CID-10: F84). Encontra-se acamado, dependente de auxílio total para atividades da vida diária, com comprometimento motor e neurológico grave, sem resposta a comandos e sem comunicação verbal. Apresenta disfagia severa, risco frequente de broncoaspiração e histórico de pneumonias de repetição, inclusive com episódio de parada cardiorrespiratória em 2024. O paciente encontra-se desnutrido (12,5 kg; 92 cm), em uso de sonda nasoenteral, aguardando realização de gastrostomia, e mantém incontinência urinária e fecal com infecções recorrentes. Faz uso contínuo de risperidona, baclofeno, clonidina, triexifenidil, beclometasona e salbutamol.
Ressalta-se que o paciente obteve tutela antecipada (Evento 1, INIC1, Página 60), em 22 de novembro de 2024.
Em documento (Evento 42, PET1, Página 129), emitido pela Procuradoria-Geral do Município de Nova Santa Rita, datado de 20 de fevereiro de 2025, foi registrado que a parte autora não se submeteu previamente a exame para verificar sua elegibilidade ao atendimento pelo programa Melhor em Casa, não havendo, portanto, requerimento administrativo anterior ao ajuizamento da presente ação. Posteriormente, a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) realizou visita domiciliar em 24/01/2025, com avaliação do paciente por meio da Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial (ABEMID), concluindo-se, a partir do estado de saúde do menor, que este é elegível para o Atendimento Domiciliar Multiprofissional, sem necessidade de Internação Domiciliar.

Em laudo de profissional médico da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Santa Rita (Evento 42, LAUDO2, Página 140), consta que o paciente é portador de paralisia cerebral discinética (CID-10: G80.3), em uso de baclofeno 10 mg, cloridrato de triexifenidil 2 mg, risperidona 1,5 ml e clonidina 0,5 mg. Atualmente, necessita de auxílio constante da mãe para todas as atividades da vida diária, apresenta ausência de sustentação cefálica, não consegue se comunicar verbalmente, mas começou a seguir o olhar. Não apresenta escaras ou úlceras, e encontra-se sem uso de sonda nasoenteral (retirada em novembro de 2024). Contudo, foi observado risco de broncoaspiração, aspirando alimentos com maior frequência após uso de sonda. A equipe de gastroenterologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição tem plano de colocação de sonda tipo “botton” para gastrostomia. No momento do exame, a criança encontrava-se alerta, seguindo com o olhar e expressando desconforto ao ser separada da mãe. Em 24/01/2025, foi aplicada a escala ABEMID, que avaliou a complexidade assistencial em 8 pontos, classificada como baixa complexidade. Em relação à escala NEAD, que avalia o planejamento de atenção domiciliar, o paciente obteve pontuação 6, sendo considerado elegível para atendimento domiciliar multiprofissional, sem necessidade de procedimentos exclusivos ou de internação domiciliar.

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 paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações de atividade que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil (1). Os distúrbios motores da paralisia cerebral são frequentemente acompanhados por alterações de sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento; por epilepsia e por problemas músculo-esqueléticos secundários. O paciente com PC pode apresentar variados graus de limitação motora, que de acordo com sua função motora grossa pode ser classificada em cinco níveis segundo o sistema de classificação GMFCS (do inglês, Gross Motor Function Classification System) (2,3).

Não existe uma terapia padrão para a PC (2,3). O tratamento é sistêmico e consiste no emprego de diferentes modalidades combinadas com o objetivo de atender às principais dificuldades apresentadas pelo indivíduo (3-6).