Nota Técnica 416424

Data de conclusão: 13/10/2025 07:49:34

Paciente

Idade: 74 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Gravataí/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 416424

CID: I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

Diagnóstico: Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64)

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 (9).
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 (10).
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 (11) 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 oferecidas 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 (12).
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 (9).
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
Home Care	Assistência multiprofissional contínua e insumos	12	R$ 26.300,00	R$ 315.600,00

*Conforme orçamento apresentado no processo (Evento 1, OUT10, Página1)
As informações acerca do custo anual do tratamento referem-se ao orçamento de menor valor anexado aos autos pela parte autora, datado de 30 de janeiro de 2025. Cabe destacar que o referido orçamento refere-se à contratação de profissionais fisioterapeutas e fonoaudiólogos.
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, observa-se que não há dados clínicos no processo que indiquem necessidade de acompanhamento especializado em regime de home care. Os cuidados atualmente requeridos pela paciente, clinicamente estável, referem-se principalmente à observação, conforto, higiene, auxílio para alimentação e deslocamento e administração de medicamentos. Tais atividades não demandam profissional de nível técnico em enfermagem, podendo ser realizadas por cuidador devidamente capacitado, sob orientação da equipe de saúde (11-12).
Diante das informações clínicas apresentadas e das políticas públicas vigentes, conclui-se que a paciente pode se beneficiar da Atenção Domiciliar prevista pelo SUS na modalidade AD1, ofertada pelas equipes municipais de Atenção Básica. Para os cuidados diários, recomenda-se a presença de cuidador, responsável por auxiliar nas rotinas de higiene, troca de fraldas, mudanças de decúbito e administração de medicamentos. Este cuidador não necessita de formação técnica específica, desde que receba orientação adequada das equipes de saúde do município. A Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, por meio de visitas domiciliares regulares, pode coordenar a execução do plano de cuidados mais apropriado, garantindo a assistência de acordo com as demandas em saúde da paciente.
Ressalta-se que, até o momento, não há registro de negativa administrativa de assistência por

parte do Município de Gravataí. Pelo contrário, conforme manifestação oficial (Evento 79, 03 de setembro de 2025), foi informado que a paciente encontra-se em área de abrangência de USF e que há possibilidade de oferta de atendimentos pela Atenção Básica, incluindo sessões diárias de fisioterapia motora e respiratória e visitas médicas regulares.
Destaca-se ainda que um dos movimentos necessários é aproximar os familiares da paciente da UBS de referência, de modo que a equipe possa avaliar a situação e realizar os devidos encaminhamentos. Recomenda-se também visita domiciliar por assistente social do município, com o objetivo de avaliar as condições familiares e apoiar a organização de potenciais cuidadores para a paciente.
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 (12).
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 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. 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 (13).

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas: 1.Caplan LR. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2020. Etiology, classification, and epidemiology of stroke. 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. The Lancet Neurology. 2019;18(5):459–80.
3.Caplan LR. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2020. Clinical diagnosis of stroke subtypes. 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. Furie KL, Rost NS. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2020. Overview of secondary prevention of ischemic stroke. 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
5. Selim M, Kasner SE, Rabinstein A, et al. UpToDate: Spontaneous intracerebral hemorrhage: Secondary prevention and long-term prognosis. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/spontaneous-intracerebral-hemorrhage-secondary-prevention-and-long-term-prognosis
6. Mendelson SJ, Prabhakaran S. Diagnosis and Management of Transient Ischemic Attack and Acute Ischemic Stroke: A Review. JAMA. 2021 Mar 16;325(11):1088-1098.
7. Larson ST, Ray BE, Wilbur J. Ischemic Stroke Management: Posthospitalization and

Transition of Care. Am Fam Physician. 2023 Jul;108(1):70-77.
8. Zhou J, Fangma Y, Chen Z, Zheng Y. Post-Stroke Neuropsychiatric Complications: Types, Pathogenesis, and Therapeutic Intervention. Aging Dis. 2023 Dec 1;14(6):2127-2152.
9. 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
10. 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.
11. 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
12. 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
13. 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 atestado médico (Evento 1, LAUDO7, Página 1), datado de 22 de janeiro de 2025, trata-se de paciente com diagnóstico de doença arterial coronariana de longa data, seguida de insuficiência cardíaca congestiva com fração de ejeção reduzida (CID-10: I50). Em 11 de julho de 2024, apresentou acidente vascular cerebral isquêmico (CID-10: I64), com internação hospitalar. Em 1º de agosto de 2024, houve nova internação por sepse decorrente de infecção urinária. Desde então, a paciente evoluiu com hemiparesia, afasia de expressão e impossibilidade de alimentação por via oral. Atualmente realiza tratamento com fisioterapia diária e fonoaudiologia. Em 4 de dezembro de 2024, alimentava-se somente por via oral com sólidos macios e líquidos espessos (Evento 6, OUT4, página 1). Necessita de auxílio para cuidados básicos, como alimentação, higiene pessoal e deslocamenteo (Evento 6, LAUDO3, página 1).
De acordo com a manifestação do Município de Gravataí (Evento 109, PET1, Página 1), datada de 03 de setembro de 2025, foi informado que o município não possui adesão ao Programa Melhor em Casa. Entretanto, considerando que a paciente reside em área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF), destacou-se a possibilidade de oferta, pela atenção básica, de sessões diárias de fisioterapia motora e respiratória com 60 minutos de duração, realizadas sete vezes por semana, além de visitas médicas mensais, com possibilidade de atendimentos extras, se necessário.
A presente avaliação técnica versará na análise de necessidade da assistência em modalidade “home care”.
Em linhas gerais, o AVC pode ser classificado em duas categorias: 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. O AVC é a principal causa de incapacidade e a segunda maior causa de mortalidade no mundo (2,3). Após um episódio de AVC, busca-se prevenir a ocorrência de por meio de estratégias de prevenção secundária. 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 (4,5).

As complicações do AVC dependem do estágio da doença, sendo que as principais cronicamente são as complicações funcionais (disfagia, imobilidade, quedas) e complicações neuropsiquiátricas (depressão, ansiedade, demência, dor crônica), sendo prevalentes e de impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes (6). O manejo inclui tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (reabilitação, terapia cognitivo-comportamental) (7-8).

Com vistas à recuperação funcional motora, reintegração social e prevenção de contraturas recomenda-se a reabilitação funcional precoce, com equipe multidisciplinar, sendo que o acompanhamento ambulatorial deve ter enfoque na prevenção secundária e no manejo de sequelas crônicas (6,7).