Nota Técnica 417608

Data de conclusão: 15/10/2025 06:33:25

Paciente

Idade: 84 anos

Sexo: Masculino

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 417608

CID: I69 - Seqüelas de doenças cerebrovasculares

Diagnóstico: sequelas de doenças cerebrovasculares (I69)

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: 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 grave 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 (10)
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 (11).
No Sistema Único de Saúde, há previsão desse tipo de cuidado pelasde 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 (12) 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 (13).
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 (10).
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 multiprofissional contínua.	12	R$ 30.300,00	R$ 363.600,00

*Conforme menor orçamento apresentado no processo (Evento 1, OUT9, Página 2), datado de 13 de dezembro de 2024.
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 (11,12).
No caso em questão, o acompanhamento médico e de enfermagem poderá ser realizado pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) à qual o paciente está vinculado, permitindo que, por meio de visitas domiciliares periódicas, seja possível monitorar a evolução do seu quadro clínico e orientar os familiares quanto aos cuidados necessários. O Plano Terapêutico Singular (PTS) elaborado pelo Município de Santo Ângelo prevê acompanhamento médico e de enfermagem mensais, com possibilidade de visitas adicionais em caso de intercorrências, além do fornecimento de insumos pelo SUS, como fraldas descartáveis, óleo de girassol e luvas de procedimento. O plano também registra que o paciente já recebeu cadeira de rodas e cadeira de banho, e que conta com visitas regulares do agente comunitário de saúde. Os demais cuidados diários, como higiene, troca de fraldas e administração de medicações orais, ficam sob responsabilidade do cuidador familiar, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde.
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 (14).

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. Kheder A, Nair KPS. Spasticity: pathophysiology, evaluation and managementPractical Neurology 2012;12:289-298.

9. DynaMed. Thoracolumbar Vertebral Compression Fracture. EBSCO Information Services. Accessed 29 de janeiro de 2025. https://www.dynamed.com/condition/thoracolumbar-vertebral-compression-fracture

10. 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

11. 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.

12. 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

13. 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

14. 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 laudo médico (Evento 1, LAUDO7, Página 1), datado de 09 de dezembro de 2024, trata-se de paciente com diagnóstico de sequelas de acidente vascular cerebral isquêmico, com sequelas neurológicas graves (hemiplegia e afasia), hipertensão arterial e demência na doença de Alzheimer e caquexia. À época, o paciente encontrava-se acamado, com incontinência urinária e fecal, em uso de fraldas, com escaras na região do cóccix e posterior das costas, com várias internações por pneumonias e escaras infectadas, aceitando pouca alimentação e com necessidade de uso de sonda nasoenteral.
Foi avaliado por médico perito (Evento 93, LAUDO1, Página 14), datado de 20 de maio de 2025, que concluiu que o paciente não preenche critérios técnicos para internação hospitalar, apresentando quadro compatível com indicação de assistência domiciliar, isto é, acompanhamento profissional pontual e programado, passível de realização pela Atenção Primária à Saúde do município, conforme a estruturação do SUS. O laudo pericial também indica a necessidade de acompanhamento médico mensal, além de fonoaudióloga semanal para manejo nutricional e terapia enteral, cuidados compatíveis com os serviços ofertados pela Atenção Básica (AD1). O parecer ressalta que os insumos essenciais (sonda nasoenteral, fraldas, medicamentos e dieta enteral), bem como cadeira de rodas e cadeira higiênica para banho, estão disponíveis pelo SUS. Destaca, ainda, que não se caracteriza urgência no caso, e que as demais atividades, como higiene, alimentação por sonda e administração de medicamentos, podem ser realizadas por cuidador treinado.

Conforme despacho do Poder Judiciário – Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, 3ª Vara Cível da Comarca de Santo Ângelo (Evento 108, DESPADEC1, Página 1), datado de 16 de junho de 2025, foi deferida parcialmente a tutela de urgência, determinando que o Estado do Rio Grande do Sul forneça ao paciente, no prazo de 10 dias, acompanhamento domiciliar com médico e enfermeiro uma vez por mês e fonoaudiólogo uma vez por semana. Além disso, foi determinado o fornecimento dos seguintes insumos e equipamentos: fraldas descartáveis (150 unidades por mês), óleo de girassol (3 unidades por mês), soro fisiológico (3 unidades por mês), gases (500 unidades por mês), luvas de procedimento (8 caixas por mês), bem como uma cadeira de rodas e uma cadeira de banho. O despacho também estabelece que, caso o paciente necessite de sonda nasoenteral e dieta enteral, o fornecimento deverá ocorrer conforme avaliação da fonoaudióloga. Foram indeferidos, por ora, os demais pedidos de tutela de urgência, em razão da ausência de indicação técnica no laudo pericial.
Em resposta ao ofício referente ao processo (Evento 154, ANEXO3, Página 2), o Secretário de Saúde do Município de Santo Ângelo informou que foi elaborado Plano Terapêutico Singular (PTS) para o paciente, contemplando visita mensal de enfermagem (com possibilidade de visitas adicionais em caso de intercorrências), acompanhamento médico mensal e o fornecimento, pelo SUS, de fraldas descartáveis (150 unidades por mês), óleo de girassol (3 unidades por mês) e luvas de procedimento (3 caixas por mês). O documento também menciona que cadeira de rodas e cadeira de banho já foram fornecidas pelo SUS, e que o paciente conta com acompanhamento de agente comunitário de saúde, responsável por visitas de rotina e orientações contínuas. Ressalta-se, ainda, que os demais cuidados — como higiene, troca de fraldas, administração de medicações por via oral e mudanças de decúbito — são de responsabilidade do cuidador familiar, conforme preconiza o Ministério da Saúde.
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 (8,9).