Nota Técnica 429193

Data de conclusão: 10/11/2025 10:34:47

Paciente

Idade: 8 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Canoas/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 429193

CID: P91.6 - Encefalopatia hipóxico-isquêmica do recém-nascido

Diagnóstico: Encefalopatia hipóxico-isquêmica do recém-nascido (P91.6)

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos|Consultas médicas/outros profissionais de nível superior.

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos|Consultas médicas/outros profissionais de nível superior.

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: Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos|Consultas médicas/outros profissionais de nível superior.

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos|Consultas médicas/outros profissionais de nível superior.

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A assistência domiciliar na modalidade home care é uma das ferramentas criadas para lidar com a crescente demanda por internações hospitalares [10,11]. 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.
O tipo de serviço ofertado no home care é bastante variável e dependente do modelo de financiamento [11]. Nos Estados Unidos, por exemplo, na maioria dos seguros de saúde, a assistência domiciliar é episódica, focada na reabilitação, em vez de ser longitudinal.
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 [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;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). Entretanto, 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 [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 [10]. 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. 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 pacientes 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.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
Home Care	Múltiplos serviços	6	R$ 124.156,42	R$ 744.938,52

	(enfermagem, fisioterapia, etc.), equipamentos (bomba de infusão, etc.) e produtos (micropore, gaze, etc.)

* Com base em valor referente ao bloqueio de valores, que se deu em junho de 2025, com vistas ao provimento de dois meses de tratamento (Evento 1105, DESPADEC1, Página 1).
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: Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos|Consultas médicas/outros profissionais de nível superior.

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: O conjunto de evidências disponíveis não demonstra superioridade em desfechos clínicos do atendimento domiciliar intensivo pleiteado em detrimento às modalidades já previstas e estruturadas no Sistema Único de Saúde, como as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e, caso se faça necessário, a institucionalização.
Segundo modelo de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar, entende-se que pacientes e famílias elegíveis para o cuidado domiciliar devem receber um treinamento para a desospitalização iniciado pela equipe do hospital e seguido pela equipe de atenção domiciliar, tendo o cuidador (familiar ou outra pessoa responsável pelos cuidados do paciente em domicílio) um papel fundamental nesse processo. Neste treinamento, usualmente está incluso:

- orientações sobre cuidados básicos, incluindo posicionamento, cuidados com higiene e conforto;
- interpretação de sinais e dados vitais, especialmente os que indicam possíveis mudanças do quadro do paciente;
- higiene e prevenção de lesões de pele;
- instruções sobre os equipamentos (bomba de infusão);
- orientações sobre manobras e atividades que podem ser realizadas por cuidador treinado;

- planos de contingência para casos de intercorrências (falta de energia elétrica), com reavaliações periódicas junto aos familiares/cuidadores;

- suporte básico de vida;

- limpeza e desinfecção dos equipamentos.

O modelo de cuidado intensivo domiciliar pleiteado, com presença permanente de profissionais de saúde em domicílio, ultrapassa os parâmetros das modalidades AD2 e AD3 previstas em normativas nacionais e não se mostra compatível com a política pública vigente de atenção domiciliar, voltada à racionalização de recursos e à integralidade do cuidado por meio de equipes públicas multiprofissionais. De fato, o custo anual do tratamento pleiteado é de R$ 744.938,52, valor elevado despendido sem respaldo em análise de custo-efetividade no contexto do SUS. Trata-se de situação complexa e 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.
Pelo que se observa no processo, nem a unidade básica de saúde nem de assistência social de referência da autora estão envolvidas na atenção à sua saúde. Entendemos como fundamental uma avaliação médica do Sistema Único de Saúde que ajuste a necessidade e frequência de fisioterapia, de visitas médicas, de enfermeiro e de nutricionista. O mesmo se aplica a materiais, equipamentos e medicamentos que ainda não são fornecidos pelo SUS. E ainda, identificamos como essencial que seja feita uma avaliação da assistência social do SUS para que identifique a rede de apoio e as reais condições sócio-econômicas de manutenção do cuidado domiciliar. Reforçamos que a avaliação realizada não esclarece tais questionamentos. Caso concretizada a impossibilidade de capacitar familiares para realizar o cuidado da paciente e de organizar uma rede profissional e assistencial de suporte, pode ser avaliada a necessidade de institucionalização 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. Fernandes MV, Fernandes A de O, Franco RC, Golin MO, Santos LA dos, Setter C de M, Tosta JMB. Adequações posturais em cadeira de rodas: prevenção de deformidades na paralisia cerebral. Rev Neurocienc [Internet]. 31º de dezembro de 2007 [citado 6º de novembro de 2023];15(4):292–296.

3. Barkoudah E. Cerebral palsy: Overview of management and prognosis. UpToDate. 2020.

4. Barkoudah E. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues. UpToDate. 2020.

5. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues . Waltham (MA): UpToDate, Inc.; 2022.

6. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022. Management of Cerebral Palsy .

7. 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.

8. Damiano DL. Activity, activity, activity: rethinking our physical therapy approach to cerebral palsy. Phys Ther. 2006;86(11):1534–40.

9. Vitrikas K, Dalton H, Breish D. Cerebral Palsy: An Overview. Am Fam Physician. 2020 Feb 15;101(4):213-220. PMID: 32053326.

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

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

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Segundo documentos médicos, a paciente, com sete anos de idade, sofre de encefalopatia hipóxico-isquêmica desde o nascimento (Evento 4, PROCJUDIC2, Página 19). Em função disso, encontra-se acamada, dependente de ventilação mecânica e de gastrostomia. Apresenta, ainda, episódios convulsivos. No momento da elaboração do laudo, a paciente estava com dois anos de idade e encontrava-se em internação hospitalar, onde

recebia acompanhamento com médicos de especialidades diversas (pediatra, neurologista pediátrico, pneumologista pediátrico, cirurgião pediátrico), com equipe de enfermagem, com nutricionista pediátrico, com fisioterapeuta e com assistente social. Pleiteia em processo "diversos cuidados e monitoramento 24h/12h ao dia, a ser realizado por técnico de enfermagem, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta".

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 ação, inicialmente proposta em 2020 na Justiça Estadual, obteve tutela de urgência determinando o fornecimento do tratamento completo conforme laudo médico. Diante do descumprimento, deu-se sucessivos bloqueios judiciais de valores para custear serviços e insumos. Trata-se de processo extenso, em que ocorreram renovações da tutela e prestações de contas, com manifestações e impugnações dos entes públicos, perícias médica e social, e reiterados pedidos de desbloqueio e complementação de verbas. Após declínios e conflitos de competência entre Justiça Estadual e Federal, a União foi mantida no polo passivo. As decisões mais recentes mantiveram o custeio do home care, visitas semestrais de neuropediatra e novas transferências bancárias para garantir a continuidade do tratamento, além de tramitações referentes à prestação de contas e à possibilidade de licitação do serviço pelo Estado.

Em junho de 2025, a equipe de saúde da família de referência da paciente elaborou laudo descritivo, em que se descreveu que "sem estes atendimentos domiciliares" a paciente "deveria obrigatoriamente ser internada em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (Evento 935, MEMORANDO3, Página 2). Esclareceu-se que a "UBS pode fornecer materiais e insumos que estão disponíveis na atenção básica". Em relatório de assistência social, elaborado pelo Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), esclarece-se que a paciente compartilha domicílio com sua progenitora (40 anos de idade) e três irmãos (23, 16 e 13 anos de idade) (Evento 939, MEMORANDO6, Página 1). Não constam informações quanto à capacidade dos familiares de realizar cuidados à paciente.

A encefalopatia crônica não evolutiva significa que o autor apresenta paralisia cerebral (PC). Este comprometimento se traduz por distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações de atividade que são atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil [1]. O diagnóstico do quadro clínico da paralisia cerebral baseia-se nas classificações das qualidades topográfico-tônicas do paciente. A topografia mais comum é a tetraplegia, onde todo o corpo é afetado e, na maioria das vezes, resulta em uma assimetria de postura e movimento. A hemiplegia se caracteriza pelo acometimento de todo um lado do corpo. E a diplegia, quando os membros inferiores estão mais comprometidos [2].

Os padrões tônicos dessa topografia são divididos em:

a) espasticidade, quando o músculo mostra uma resistência maior do que o esperado no movimento passivo. Tal resistência diminui rapidamente (fenômeno do canivete), caracterizando uma hipertonia, marcada pela presença de hiper-reflexia e sinais de liberação piramidal (sinais de lesão do neurônio motor superior com sinais como espasticidade, sinal de babinski positivo);

b) extrapiramidal como: atetóides, que são os movimentos involuntários em extremidades, lentos e serpenteantes; coréicos, que estão presentes nas raízes dos membros e são muito rápidos; e distônicos, que são os movimentos atetóides mantidos com posturas fixas que se modificam após algum tempo, associados a movimentos torcionais; e

c) atáxico, com incoordenação de movimentos pelo fato de ter origem cerebelar. As formas mistas geralmente se apresentam pela combinação de movimentos distônicos e coreoatetóides

[2].
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. Não existe uma terapia padrão para a PC [3,4].
O tratamento é sistêmico e consiste no emprego de diferentes modalidades combinadas com o objetivo de atender às principais dificuldades apresentadas pelo indivíduo, podendo incluir fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, dentre outras. No plano terapêutico, discutir as expectativas com as famílias para ajudá-las a desenvolver metas realistas é importante em todos os casos. [5-9].
O papel do fisioterapeuta é desenvolver e implementar planos de cuidados para melhorar o movimento e a força e administrar análises formais de marcha, visando o ganho de função e funcionalidade para desempenhar atividades. Já do terapeuta ocupacional é desenvolver e implementar planos de cuidados focados nas atividades da vida diária, buscando a independência e autonomia do paciente. E o fonoaudiologista se propõe a desenvolver e implementar planos de cuidados para otimizar a capacidade do paciente para comunicação e deglutição, com o foco na prevenção de aspirações para as vias aéreas inferiores [9].
Deve-se ajudar as famílias a lidar com o desenvolvimento da comunicação, da socialização, da educação acadêmica e, eventualmente, profissional de seus filhos. Portanto, à medida que a criança cresce, novas habilidades precisam ser desenvolvidas objetivando a maior autonomia e independência possíveis até a idade adulta [9,10].