Nota Técnica 465980

Data de conclusão: 10/02/2026 10:40:49

Paciente

Idade: 47 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Porto Alegre/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 465980

CID: G61.0 - Síndrome de Guillain-Barré

Diagnóstico: Síndrome de Guillain-Barré (G61.0)

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: Assistência domiciliar prestada por Equipe de Atenção Básica e também prestada por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) vinculadas a Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (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 síndrome de Guillain-Barré.
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 (4).
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. (5)
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 (6).

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. (4)

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 (4).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual

Home Care	Contratação mensal de assistência à saúde multiprofissional contínua, incluindo equipamentos e medicamentos.	12	R$ 42.760,00	R$ 513.120,00

* Valor sendo dispensado por mês em processo (Evento 345, DESPADEC1).
Na tabela acima é apresentado o custo mensal e anual do serviço de home care pleiteado, conforme menor orçamento juntado aos autos.
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 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.
Ainda, ressaltamos que parecer técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre identificou incongruências na solicitação de home care em relação às demandas clínicas da parte autora.
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, 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.
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. DynaMed. Guillain-Barre Syndrome. EBSCO Information Services. Accessed 19 de dezembro de 2025. https://www.dynamed.com/condition/guillain-barre-syndrome

2. Nguyen TP, Taylor RS. Guillain-Barre Syndrome. [Updated 2023 Feb 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532254/

3. 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

4. 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

5. 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.

6. 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

7. 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

8. 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.

9. 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

10. 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

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudos apresentados em processo, trata-se de paciente portadora de síndrome de Guillain-Barré com necessidade de internação em 2023; realizou tratamento com imunoglobulina humana e plasmaférese. Evoluiu com necessidade de gastrostomia e oxigenoterapia por traqueostomia. Laudo médico menciona que a paciente não apresenta rede de apoio familiar (Evento 1, LAUDO12). Neste contexto, foi pleiteado home care com técnico de enfermagem 24 horas por dia, enfermeiro 1x por semana, fisioterapia motora 3x por semana, fisioterapia respiratória 2x por semana, fonoaudióloga 2x por semana, cama hospitalar, cadeira de banho, cadeira de rodas, oxigenoterapia e dieta enteral. A parte autora foi intimada para esclarecer acerca da possibilidade de institucionalização em instituição de longa permanência (Evento 12), ao qual respondeu que não possuía interesse. Foi realizada visita domiciliar pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre em abril de 2024; o parecer técnico identificou incongruência na lista de solicitações de home care em relação ao contexto clínico e sociofamiliar da paciente. Conforme este parecer, a paciente já não era mais dependente de traqueostomia à ocasião e não se identificou necessidade de cuidador social por 12 horas diurnas, fisioterapia respiratória, fonoterapia e assistência com técnico de enfermagem 24 horas. A tutela de urgência foi deferida em junho de 2024 (Evento 44) e a paciente vem recebendo cuidados de home care desde então. Neste contexto, fomos intimados a realizar avaliação técnica.
A Síndrome de Guillain-Barré (SGB) é uma polirradiculoneuropatia pós-infecciosa aguda rara, mediada pelo sistema imunológico. Muitas infecções têm sido associadas à essa síndrome, as mais comuns são as gastrointestinais ou respiratórias. Ela resulta da destruição autoimune dos nervos do sistema nervoso periférico, causando sintomas como dormência, formigamento e fraqueza, que podem progredir para paralisia. A fraqueza é simétrica rapidamente progressiva, com reflexos ausentes ou reduzidos e parestesias ou perda sensorial. Essa apresentação comum pode ser denominada "SGB típica", "polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda (PDIA)" ou "SGB sensório-motora clássica". Os sintomas normalmente progridem para a gravidade máxima em 2 semanas (podendo atingir um quadro grave com risco de vida, exigindo ventilação mecânica) e depois se estabilizam por 1 a 4 semanas, seguidos de recuperação, que pode levar de várias semanas a meses. A fraqueza geralmente começa nas pernas e depois progride para os braços (fraqueza ascendente), mas a fraqueza que começa nos músculos faciais ou dos braços e depois progride para as pernas (fraqueza descendente) pode ocorrer em alguns pacientes (1,2).
Considera-se a possibilidade da polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica de início agudo (PDIC-A) como um possível diagnóstico alternativo, particularmente se os sintomas continuarem a progredir ou permanecerem com gravidade máxima por mais de 4 semanas, ou se o quadro do paciente piorar após um período inicial de melhora, estabilização ou nunca melhorar (1).
O processo de reabilitação com fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, conforme as disfunções apresentadas pelo paciente, iniciam durante a fase aguda da Síndrome de Guillain-Barré (enquanto o paciente estiver hospitalizado). Após a internação se costuma transferir o

paciente para um centro de reabilitação, quando disponível, para orientar o paciente e sua família sobre o processo de recuperação que pode se estender em torno de 6 meses, visto que o processo de recuperação de funções pode durar por meses após a fase aguda da doença. Complicações a longo prazo podem persistir por mais de 5 anos após o início da doença e podem afetar as atividades da vida diária, a capacidade de trabalhar e a qualidade de vida. Complicações específicas e sintomas residuais podem incluir fraqueza e alterações sensoriais contínuas, fadiga, dor e sofrimento psicológico (1).