Nota Técnica 471011

Data de conclusão: 24/02/2026 10:16:17

Paciente

Idade: 3 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Alvorada/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 471011

CID: P77 - Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido

Diagnóstico: Enterocolite necrotizante do feto e do recém-nascido (P77)

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) (7).

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: 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
	Contratação mensal de		R$ 58.790,13	R$ 705.481,56

Home Care	assistência saúde multiprofissional contínua, incluindo materiais, equipamentos e medicamentos.	à12

*Conforme menor orçamento juntado aos autos pela parte autora (Evento 1, OUT19, Página 1)

A estimativa dos custos anuais do tratamento está apresentada na tabela acima considerando a prescrição médica e orçamento junto aos autos, emitido em agosto de 2024 e válido por 180 dias.
Em relatório que avalia a ventilação mecânica domiciliar (VMD) a CONITEC calculou as razões de custo-efetividade incremental para a ventilação mecânica invasiva domiciliar versus a hospitalar para oito cenários diferentes para as quatro principais enfermidades que levam ao uso do suporte ventilatório invasivo na perspectiva do SUS, incluindo a paralisia cerebral. O resultado da análise tem forte dependência dos pressupostos que se assume a partir do seguinte questionamento: desinternações levam a reduções de custos ao sistema público de saúde? Se assumirmos que não, por crermos que a liberação de leitos apenas faz com que outros pacientes os ocupem também gerando custos, a intervenção não será custo-efetiva. Já se assumirmos que as desinternações geram redução de custos porque deixa-se de ocupar leitos de UTI - que são de custo muito acima do "leito domiciliar" - a intervenção pode ser custo-efetiva (11).
Devido a esta celeuma e às grandes limitações do modelo de Markov, geradas pela falta de evidências robustas para alimentá-lo, a CONITEC avalia que seu resultado é inconclusivo. Entretanto, considera inquestionável a ampliação do acesso aos leitos de UTI que a internação domiciliar de pacientes dependentes de tecnologia cronicamente proporciona, motivo pela qual recomenda a incorporação da ventilação mecânica invasiva domiciliar no Sistema Único de Saúde (11).
De maneira semelhante, o impacto orçamentário também é fortemente dependente da utilização de custos de internação. Caso considerem-se esses custos para pacientes em uso de ventilação mecânica invasiva hospitalar, a intervenção proposta gera redução de gastos, caso contrário, o impacto passa a ser positivo e de alto valor, ou seja, a intervenção gera um relevante aumento de gastos (11).

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: A partir dos dados disponíveis no processo, da revisão da literatura científica acima descrita e das políticas públicas de saúde vigentes, conclui-se que a parte necessita de cuidado domiciliar continuado, incluindo ventilação mecânica invasiva.

O uso de tal tecnologia no domicílio é particularmente desafiador. A portaria ministerial que regulamenta a atenção domiciliar prevê suporte do Sistema Único de Saúde para essa situação na modalidade AD3, mas condiciona a prestação da assistência nesse cenário à aptidão da equipe (7). O relatório da CONITEC que recomenda a incorporação da ventilação mecânica invasiva domiciliar no Sistema Único de Saúde aponta para ausência de exigência de cuidados de enfermagem 24h, a exemplo de experiências internacionais semelhantes (11). De fato, a Sociedade Torácica Americana reforça apenas a necessidade de presença no domicílio de pelo menos dois cuidadores treinados, sempre com um deles acordado, com oxímetro de pulso quando a criança estiver dormindo, sem mencionar assistência profissional contínua (12).
Apesar de no Brasil haver relatos de experiências bem sucedidas com a ventilação mecânica domiciliar e uma maior abertura para protocolos de transição do cuidado do hospital para a casa, ainda assim tratam-se de pacientes complexos, que requerem uma boa articulação entre equipe hospitalar, equipe domiciliar e cuidadores. 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 estão inclusos (13):

- 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 (ventilador, circuitos do ventilador, bateria, nobreak, umidificadores, inaladores, reanimador manual);
- orientações sobre manobras e atividades que podem ser realizadas por cuidador treinado;
- planos de contingência para casos de intercorrências (falta de energia elétrica, problemas técnicos com o ventilador), com reavaliações periódicas junto aos familiares/cuidadores;
- suporte básico de vida;
- limpeza e desinfecção dos equipamentos.

Destacamos que para haver atenção domiciliar segura a um paciente em uso de ventilação mecânica, é imprescindível a garantia de retaguarda hospitalar quando se justificar a reinternação, conforme fluxo pré estabelecido e nos casos de: instabilidade clínica ou emergências com indicação de tratamento hospitalar, discordância da família em relação ao atendimento domiciliar, impossibilidade de permanência no domicílio, por mudança nas condições da família ou do paciente ou impossibilidade de fornecimento regular dos insumos e equipamentos necessários que impeçam o paciente de continuar no domicílio (14).

Conforme documento da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Alvorada/RS (Evento 108, INF2, Página 1), datado de 15 de janeiro de 2025, os atendimentos domiciliares na modalidade home care não integram o rol de procedimentos disponibilizados pelo SUS, sendo registrado que ao Município competem ações de baixa complexidade, enquanto as de média e alta complexidade são atribuídas ao Estado e à União, além da informação de que os medicamentos requeridos poderiam ser retirados na farmácia estadual/municipal mediante requisição médica. Por sua vez, a Procuradoria de Saúde – Equipe de Atuação Estratégica do Estado do Rio Grande do Sul (Evento 260, PET1, Página 2) sustenta que a ausência de adesão municipal ao Programa Melhor em Casa não afasta a responsabilidade do Município quanto à prestação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), destacando que tal adesão constitui mecanismo de fomento e cofinanciamento, e não condição obrigatória para a oferta da assistência domiciliar quando caracterizada necessidade clínica.

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).

Assim, embora no âmbito do SUS seja tecnicamente possível o suporte à ventilação mecânica no domicílio mediante cuidadores treinados e suporte de rede assistencial estruturada, não há, nos autos, elementos que demonstrem a existência dessa organização assistencial na realidade da parte autora. Do mesmo modo, revela-se necessária avaliação da assistência social, a fim de verificar a rede de apoio disponível e as condições para manutenção segura do cuidado domiciliar, bem como análise quanto à disponibilização de materiais, equipamentos e medicamentos no âmbito da rede pública.

Entretanto, 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 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 laudo médico, datado de fevereiro de 2025, a parte autora é gêmeo, com histórico de malformações congênitas complexas decorrentes de monozigose imperfeita, apresentando malformação geniturinária, anomalias anorretais, paralisia cerebral

secundária a sequelas neurológicas perinatais, hidrocefalia e epilepsia de difícil controle, incluindo diagnóstico de Síndrome de West. Consta relato de crises convulsivas desde o período neonatal, com necessidade de uso de múltiplos anticonvulsivantes ao longo do seguimento clínico. À época, encontrava-se em uso de ácido valpróico, levetiracetam, canabidiol e nitrazepam. Registra-se, ainda, histórico de intervenções cirúrgicas múltiplas, bem como dependência de cuidados contínuos em razão da complexidade clínica e das importantes limitações funcionais.

Houve deferimento de tutela de urgência (Evento 8, DESPADEC1, Página 5) em 13 de agosto de 2024.
Em documento da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Alvorada/RS (Evento 108, INF2, Página 1), datado de 15 de janeiro de 2025, consta o registro de que os atendimentos domiciliares na modalidade home care não integram o rol de procedimentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Informa-se, ainda, que, em consonância com a organização da assistência no SUS, compete ao Município a oferta de ações de baixa complexidade, enquanto as ações de média e alta complexidade são atribuídas ao Estado e à União. Por fim, registra-se que os medicamentos requeridos poderiam ser retirados diretamente na farmácia estadual/municipal mediante apresentação de requisição médica.
Já a Procuradoria de Saúde – Equipe de Atuação Estratégica do Estado do Rio Grande do Sul (Evento 260, PET1, Página 2) sustenta, em síntese, que a ausência de formalização de adesão municipal ao Programa Melhor em Casa não afasta a responsabilidade do Município quanto à prestação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Destaca que o SAD constitui modalidade assistencial prevista na organização do SUS e integrante da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo a adesão ao programa federal mecanismo de fomento e cofinanciamento, e não condição obrigatória para a oferta do serviço.
Em relatório médico mais recente, datado de 16 de outubro de 2025, consta que o paciente apresenta traqueostomia com necessidade de suporte ventilatório contínuo por ventilador mecânico, além de ostomia perineal e cistostomia. Possui histórico de enterocolite necrosante, hidrocefalia sem derivação ventrículo-peritoneal e múltiplos procedimentos cirúrgicos prévios. Faz uso de ácido valpróico, nitrazepam, baclofeno, levetiracetam, canabidiol, atropina, deferoxamina, dipropionato de beclometasona, salbutamol, vitamina A e D.
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).