Nota Técnica 509267

Data de conclusão: 12/05/2026 10:18:28

Paciente

Idade: 41 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Vilhena/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 4ª Vara Cível de Vilhena

Tecnologia 509267

CID: G93.1 - Lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte

Diagnóstico: lesão encefálica anóxica, não classificada em outra parte

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): Laudo médico.

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: atendimento domiciliar (home care)

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: atendimento domiciliar (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: atendimento domiciliar (home care)

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: atendimento domiciliar (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 [3].
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 [4].
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 [9] 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 [...]

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência estabelece que o acesso a insumos permanentes e tecnologias assistivas para pessoas que necessitam de cuidados no domicílio faz parte da atenção integral à saúde da pessoa com deficiência. Informa que os Centros especializados de Reabilitação são um serviço de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realizam diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde. Também determina que os cuidados devem ser ofertados desde o domicílio, com articulação entre os diferentes níveis de atenção do SUS, incluindo reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos [5].

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 [6].

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. 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 [3].

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 [3].

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
Home Care	Contratação mensal de assistência à saúde multiprofissional contínua, incluindo visitas médicas, de enfermagem, técnico de enfermagem 24h, fisioterapia motora e respiratória e equipamentos.	12	R$42.852,96	R$ 514.235,52

*Conforme menor orçamento apresentado no processo (135214863 - Pág. 1).
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: atendimento domiciliar (home care)

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de paciente com encefalopatia hipóxico-isquêmica grave após parada cardiorrespiratória prolongada, evoluindo com tetraparesia espástica grave, comunicação limitada, alimentação por gastrostomia, restrição importante da mobilidade e dependência completa para atividades básicas de vida diária. O laudo médico informa necessidade de reabilitação multiprofissional, acompanhamento neurológico e assistência domiciliar contínua.
Considerando especificamente as questões assistenciais, não há dados clínicos no processo que corroborem a necessidade do acompanhamento diário com profissional técnico de enfermagem. Cuidados prestados a paciente clinicamente estável, objetivando a observação, o conforto, a higiene, o manejo da via aérea e a administração de medicações não precisam ser realizados por profissional técnico, mas sim por cuidador devidamente capacitado [5,6].

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, o autor necessita de cuidador que o apoie nas rotinas de higiene, troca de fraldas, 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.
Não consta no processo negativa administrativa municipal ou estadual quanto à assistência domiciliar. Tampouco se observa no processo se a unidade básica de saúde de referência do autor está envolvida na atenção à sua saúde. Desta forma, um dos primeiros movimentos necessários é aproximar os familiares da parte autora à unidade básica de saúde de referência, para que seja avaliada a situação e dados os encaminhamentos cabíveis. Dentre estes, recomendamos que o paciente e seus familiares sejam visitados por assistente social do município, a fim de avaliar a situação familiar e contribuir para a identificação de potenciais cuidadores para o autor, para além da mãe.
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 [6].
Entretanto, considerando a concretização da impossibilidade da família em realizar o cuidado do autor, ou ainda da ausência de outras pessoas que possam auxiliar nessa rotina, que seja avaliada a possibilidade de institucionalização da parte em residência de longa permanência. Lembramos que, em caso de institucionalização, o autor poderá continuar em acompanhamento pelo SUS, mantendo acesso aos recursos já disponíveis para ele.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Hypoxic-ischemic brain injury in adults: Evaluation and prognosis - UpToDate [Internet]. . Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/hypoxic-ischemic-brain-injury-in-adults-evaluation-and-prognosis

2. Pereira JCRG. Abordagem do paciente reanimado, pós-parada cardiorrespiratória. Rev Bras Ter Intensiva. junho de 2008;20:190–6.

3. 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

4. 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

5. 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

6. Brasil. Ministério da Saúde. 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

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico anexado ao processo, de 05/02/2026, a parte autora apresenta encefalopatia hipóxico-isquêmica grave decorrente de episódio de parada cardiorrespiratória prolongada por taquiarritmia em abril de 2024, em acompanhamento neurológico desde agosto de 2024, evoluindo com sequelas neurológicas permanentes, incluindo tetraparesia espástica grave, espasticidade difusa, comprometimento motor global, comunicação limitada, restrição importante da mobilidade e dependência completa para atividades básicas de vida diária. Consta necessidade de alimentação por gastrostomia, histórico de traqueostomia, risco aumentado de broncoaspiração, infecções respiratórias e outras complicações clínicas, além de uso de toxina botulínica seriada, reabilitação multidisciplinar e acompanhamento neurológico contínuo. O laudo médico informa ausência de autonomia funcional, incapacidade laboral total e permanente e recomenda manutenção de assistência domiciliar completa em regime de home care integral, com enfermagem diária, fisioterapia motora e respiratória, fonoaudiologia, terapia ocupacional, monitoramento clínico regular, apoio permanente de cuidadores e fornecimento contínuo de insumos, terapias e medicações (135213595 - Pág. 1-3).
Neste contexto, a parte autora pleiteia início de assistência domiciliar multiprofissional contínua no prazo de 15 dias, objeto desta nota técnica.
?A encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) é uma consequência da interrupção global do fornecimento de nutrientes ao cérebro, principalmente oxigênio e glicose, levando à lesão irreversível. As principais causas são: parada cardiorrespiratória (PCR); hipotensão grave; asfixia ou intoxicação por monóxido de carbono [1]. Dessas causas, merece destaque a PCR, que acomete cerca de 450 mil indivíduos anualmente nos Estados Unidos. Em 80% dos casos, a PCR ocorre fora do ambiente hospitalar, com taxa de mortalidade acima de 90%, sendo que mais da metade dos sobreviventes apresenta algum grau de sequela neurológica. Quando ocorre em ambulatório a sobrevida pós PCR varia entre 5% e 35% [2]. O tratamento adequado da PCR e os cuidados neurointensivos são importantes para melhorar o prognóstico dessa condição, que em geral é bem grave. As evidências são limitadas para reabilitação após lesão cerebral isquêmico-hipóxica, contudo, utiliza-se de estratégias de reabilitação para pacientes

críticos em geral, como a mobilização precoce, por exemplo, com o objetivo de aumentar a independência, função e qualidade de vida e para reduzir a sobrecarga do cuidador.