Nota Técnica 511919

Data de conclusão: 12/05/2026 10:09:12

Paciente

Idade: 78 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Cacoal/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 3ª Vara Cível de Cacoal

Tecnologia 511919

CID: I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

Diagnóstico: acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

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: Acompanhamento pela Atenção Primária, 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: Considerando o quadro clínico atual, trata-se de cenário de cuidado domiciliar para condições cronicamente instaladas em paciente com dificuldade de locomoção e limitação para atividades básicas de vida diária.
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 [12].
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 [13].
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 [14] 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. 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 [15].
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 [12].
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.
Considerando especificamente as questões assistenciais, não há dados clínicos no processo que corroborem com a necessidade do acompanhamento diário por período de 24 hora 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 [14,15].

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Anual
Sessão de fisioterapia	20 sessões por mês	240	R$ 390,00	R$ 93.600,00
Sessão de fonoaudiologia	12 sessões por mês	144	R$ 440,00	R$ 63.360,00
Enfermagem	5 visitas por mês	60	R$ 1.030,00	R$ 61.800,00
Cuidados de técnico enfermagem	Presença 24h por dedia.	12	R$ 22.000,00	R$ 264.000,00
Consulta médica	5 visitas por mês	60	R$ 1.300,00	R$ 61.800,00
Consulta com nutricionista	2 visita por mês	24	R$ 500,00	R$ 12.000,00
Total				R$ 556.560,00

*Com base em orçamento de menor valor anexo ao processo, emitido no mês de fevereiro de 2026 (Num. 135289222 - Pág. 2).

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: A partir das informações clínicas disponibilizadas e das políticas públicas vigentes, concluímos que a autora pode se beneficiar de Atenção Domiciliar prevista pelo SUS. Para os cuidados diários, a autora necessita de cuidador que a 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. 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.
É compreensível que cuidadores domiciliares tenham dificuldade em garantir a rotina de

cuidados ao autor, 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 [16].
A despeito da negativa relativa à demanda de home care, reiteramos que o acesso ao serviço de Atenção Domiciliar dá-se por meio de médico da estratégia de saúde da família do município. Nessa linha, não se identificou justificativa para impedimento à atenção domiciliar fornecida pela própria unidade básica de saúde.
Desta forma, um dos primeiros movimentos necessários é aumentar a aproximação dos cuidadores da autora à unidade básica de saúde de referência, para que seja avaliada a situação e dados os encaminhamentos cabíveis. Dentre estes, recomendamos que o autor e sua rede de apoio sejam visitados por assistente social do município, a fim de avaliar a situação familiar e contribuir para a identificação de potenciais cuidadores para a autora.
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 [15].
Entretanto, considerando a concretização da impossibilidade de familiares em realizar o cuidado da autora, ou ainda da ausência de outras pessoas que possam auxiliar nessa rotina, que seja avaliada a possibilidade de institucionalização da parte autora em residência de longa permanência. Lembramos que, em caso de institucionalização, a autora poderá continuar em acompanhamento pelo SUS, mantendo acesso aos recursos já disponíveis para ela.
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. David A Wolk, Bradford C Dickerson. Uptodate. 2020. Clinical features and diagnosis of Alzheimer disease. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-alzheimer-disease/
2. C. Dirk Keene, Thomas J Montine, Lewis H Kuller. Uptodate. 2020. Epidemiology, pathology, and pathogenesis of Alzheimer disease. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-pathology-and-pathogenesis-of-alzheimer-disease
3. Daniel Press, Michael Alexander. Uptodate. 2020. Treatment of dementia. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-dementia.
4. 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
5. 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.

6. Caplan LR. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2020. Clinical diagnosis of stroke subtypes. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-diagnosis-of-stroke-subtypes
7. 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
8. 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
9. 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.
10. Larson ST, Ray BE, Wilbur J. Ischemic Stroke Management: Posthospitalization and Transition of Care. Am Fam Physician. 2023 Jul;108(1):70-77.
11. Zhou J, Fangma Y, Chen Z, Zheng Y. Post-Stroke Neuropsychiatric Complications: Types, Pathogenesis, and Therapeutic Intervention. Aging Dis. 2023 Dec 1;14(6):2127-2152.
12. 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
13. 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.
14. 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
15. 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
16. 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: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico, a parte autora, paciente feminina de 78 anos, apresenta doença de Alzheimer, sequelas de acidente vascular cerebral e demência avançada, permanecendo acamada, com limitações importantes de mobilidade e totalmente dependente de cuidados para a realização de atividades básicas de vida diária (Num. 135289214 - Pág. 2). De acordo com relatórios apresentados, solicita atendimento domiciliar de médico generalista, fonoaudiólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem 24 horas, nutricionista e fisioterapeuta; devido às limitações que a impedem de sair de casa e a necessidade de manejo de suas comorbidades, reabilitação e cuidado assistencial diário (Num. 135289218 - Pág. 1-10). Haja vista a negativa administrativa da secretaria municipal de saúde em fornecer esses atendimentos no regime solicitado (Num. 135289220 - Pág. 1), a autora pleiteia o fornecimento jurisdicional de atendimento domiciliar, tema sobre o qual versará a presente avaliação técnica. A doença de Alzheimer é um distúrbio neurodegenerativo progressivo de origem ainda desconhecida [1,2]. A prevalência da doença de Alzheimer aumenta com a idade (raramente

ocorre antes dos 60 anos de idade) [2]. Nessa linha, acomete 5 a cada 1.000 indivíduos com idade entre 65 e 70 anos e 60 a 80 a cada 1.000 pessoas com 85 anos ou mais. Caracteriza-se por déficits de memória que prejudicam as atividades de vida diária, com piora gradual. Para o diagnóstico, é necessário início insidioso associado à história clara de perda cognitiva informada por terceiro. Ao longo do tempo, sintomas neuropsiquiátricos tendem a aparecer. Tem-se, inicialmente, sintomas sutis, como apatia, irritação e distanciamento social. Com o agravamento do deterioro cognitivo, pode ocorrer agitação, agressividade e psicose.
Segundo diretrizes internacionais, a base do tratamento da doença de Alzheimer é sintomática: maneja-se distúrbios comportamentais, bem como se orienta mudanças ambientais e medidas de segurança [3]. Para isso, o tratamento deve ser multidisciplinar, podendo incluir atividade física, terapia cognitivo comportamental e mudanças nutricionais.
Em linhas gerais, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser classificado em duas categorias: hemorrágico e isquêmico [4]. 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 [5,6]. 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 [7,8].
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 [9]. O manejo inclui tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (reabilitação, terapia cognitivo-comportamental) [10,11].
Considerando que os serviços 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 “home care”.
Conforme laudo médico, a parte autora, paciente feminina de 78 anos, apresenta doença de Alzheimer, sequelas de acidente vascular cerebral e demência avançada, permanecendo acamada, com limitações importantes de mobilidade e totalmente dependente de cuidados para a realização de atividades básicas de vida diária (Num. 135289214 - Pág. 2). De acordo com relatórios apresentados, solicita atendimento domiciliar de médico generalista, fonoaudiólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem 24 horas, nutricionista e fisioterapeuta; devido às limitações que a impedem de sair de casa e a necessidade de manejo de suas comorbidades, reabilitação e cuidado assistencial diário (Num. 135289218 - Pág. 1-10). Haja vista a negativa administrativa da secretaria municipal de saúde em fornecer esses atendimentos no regime solicitado (Num. 135289220 - Pág. 1), a autora pleiteia o fornecimento jurisdicional de atendimento domiciliar, tema sobre o qual versará a presente avaliação técnica.
A doença de Alzheimer é um distúrbio neurodegenerativo progressivo de origem ainda desconhecida [1,2]. A prevalência da doença de Alzheimer aumenta com a idade (raramente ocorre antes dos 60 anos de idade) [2]. Nessa linha, acomete 5 a cada 1.000 indivíduos com idade entre 65 e 70 anos e 60 a 80 a cada 1.000 pessoas com 85 anos ou mais. Caracteriza-se por déficits de memória que prejudicam as atividades de vida diária, com piora gradual. Para o diagnóstico, é necessário início insidioso associado à história clara de perda cognitiva informada por terceiro. Ao longo do tempo, sintomas neuropsiquiátricos tendem a aparecer. Tem-se, inicialmente, sintomas sutis, como apatia, irritação e distanciamento social. Com o agravamento do deterioro cognitivo, pode ocorrer agitação, agressividade e psicose.

Segundo diretrizes internacionais, a base do tratamento da doença de Alzheimer é sintomática: maneja-se distúrbios comportamentais, bem como se orienta mudanças ambientais e medidas de segurança [3]. Para isso, o tratamento deve ser multidisciplinar, podendo incluir atividade física, terapia cognitivo comportamental e mudanças nutricionais.

Em linhas gerais, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) pode ser classificado em duas categorias: hemorrágico e isquêmico [4]. 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 [5,6]. 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 [7,8].

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 [9]. O manejo inclui tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (reabilitação, terapia cognitivo-comportamental) [10,11].

Considerando que os serviços 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 “home care”.