Nota Técnica 519372

Data de conclusão: 28/05/2026 20:15:12

Paciente

Idade: 83 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Santo Ângelo/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 519372

CID: I69 - Seqüelas de doenças cerebrovasculares

Diagnóstico: I69 - sequelas de doenças cerebrovasculares.

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: 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 caso concreto, trata-se de cenário de cuidado domiciliar voltado ao manejo de condições crônicas, em paciente com limitação funcional, acamado e dependente de terceiros para as atividades da vida diária.
A assistência domiciliar na modalidade home care é uma das ferramentas criadas para lidar com a crescente demanda por internações hospitalares ligadas ao envelhecimento da população. 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 (10)
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 (11).
No Sistema Único de Saúde, há previsão desse tipo de cuidado pelas 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 (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 [...]
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, entre elas, as neurodegenerativas. 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 (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. 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 (8).
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.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário*	Valor mensal
Sessão de fisioterapia	3 sessões semanais	12	R$ 250,00	R$ 3.000,00
Enfermagem	Enfermeiro responsável	4	R$ 400,00	R$ 1.600,00
Cuidados de técnico enfermagem	Presença 24h por dedia	30	R$ 700,00	R$ 21.000,00
Consulta médica	Atendimentos mensais	1	R$ 300,00	R$ 300,00
Consulta nutricional	Atendimentos mensais	1	R$ 500,00	R$ 500,00
Fralda geriátrica	5 unidades ao dia	150	R$ 1,76	R$ 264,50
Óleo de girassol	3 unidades ao mês	3	R$ 20,90	R$ 62,70
Soro fisiológico	3 unidades ao mês	3	R$ 13,99	R$ 41,97
Micropore	5 unidades ao mês	5	R$ 6,99	R$ 75,00
Luvas de procedimento	8 unidades ao mês	8	R$ 32,90	R$ 263,20
Total mensal				R$ 27.107,37
Total anual				R$ 325.288,44

*Com base em orçamento de menor valor anexado ao processo, relativo ao mês de junho de 2024 (Evento 1, OUT8, 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: atendimento domiciliar (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 por período de 24 horas com profissional técnico de enfermagem. Os cuidados descritos, relacionados à higiene, conforto, administração de dieta por gastrostomia, mudança de decúbito, manejo de dispositivos e apoio às atividades da vida diária, não exigem, rotineiramente, a execução direta por profissional técnico, podendo ser realizados por cuidador devidamente capacitado e orientado pelas equipes de saúde (11,12).
De acordo com os autos, o autor já recebe o fornecimento regular de fraldas pelo programa Farmácia Popular pelo Brasil (Evento 241, ANEXO2, Página 6), bem como está vinculado desde fevereiro do corrente ano ao Programa Melhor em Casa, com vistas médicas e de enfermagem mensais, fisioterapia motora e respiratória duas vezes por semana, e fornecimento de materiais como luvas de procedimento, equipo e frasco de alimentação, soro fisiológico, gaze e seringa, conforme consta nos autos (Evento 241, ANEXO2, Página 9 e Evento 244, ANEXO2, Páginas 1 a 3).
Em relação ao atendimento nutricional, é mister que seja reiterado à Unidade de Saúde da Família que atende o autor acerca da necessidade de avaliação e atendimento, visto ser modalidade de atendimento oferecida pela rede de atenção à saúde a partir do atendimento na Atenção Primária. O mesmo se aplica ao micropore e ao óleo de girassol, este por sua vez podendo ser substituído pela pomada com dexpantenol, já fornecida pela via administrativa (Evento 244, ANEXO2, Página 12).
Reconhece-se que o cuidado domiciliar de paciente com grave limitação funcional impõe elevada sobrecarga aos cuidadores e familiares. Nessas situações, recomenda-se avaliação pela assistência social do município, com vistas à análise da rede de apoio e eventual articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), especialmente em contextos de vulnerabilidade ou insuficiência de suporte familiar.
Por fim, na impossibilidade concreta de manutenção do cuidado no domicílio por ausência de cuidadores ou rede de apoio mínima, o caso deve ser reavaliado pela gestão local quanto à indicação de outras modalidades assistenciais, inclusive acolhimento institucional, assegurando-se a continuidade do acompanhamento pelo SUS e o acesso aos serviços de saúde necessários.
Diante do apresentado e considerando-se essencialmente (1) a ausência de condições clínicas que caracterizam a indicação de atendimento na modalidade de home care e (2) a resolução das demandas pela via administrativa, justifica-se o parecer desfavorável ao pleito em tela.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. 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

2. 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.

3. Caplan LR. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2020. Clinical diagnosis of stroke subtypes. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-diagnosis-of-stroke-

subtypes

4. 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

5. 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

6. 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.

7. Larson ST, Ray BE, Wilbur J. Ischemic Stroke Management: Posthospitalization and Transition of Care. Am Fam Physician. 2023 Jul;108(1):70-77.

8. Kheder A, Nair KPSSpasticity: pathophysiology, evaluation and management. Practical Neurology 2012;12:289-298.

9. DynaMed. Thoracolumbar Vertebral Compression Fracture. EBSCO Information Services. Accessed 29 de janeiro de 2025. https://www.dynamed.com/condition/thoracolumbar-vertebral-compression-fracture

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. Ministério da Saúde.

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

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com os autos (Evento 174, LAUDO2, Páginas 1 e 2 e Evento 244, ANEXO2, Página 2) trata-se de paciente do sexo masculino, 82 anos, com histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) em 2023 com hemiplegia à esquerda e sequelas múltiplas

(deglutição, controle urinário), estando no momento restrito ao leito, com alimentação por meio de sonda nasoenteral (SNE), com diurese em sonda vesical de demora (SVD) e evacuações em fraldas.
Fora submetido à avaliação pericial (Evento 152, LAUDO1, Páginas 1 a 7) em visita domiciliar em julho de 2025, sendo o laudo pericial contrário à solicitação de cuidados contínuos no formato de home care.
Nesse contexto, solicitam o provimento jurisdicional de materiais de cuidado diário (150 unidades de fraldas/mês, 3 frascos de óleo de girassol, soro fisiológico, luvas e micropore), bem como atendimento multiprofissional incluindo médico, enfermeiro, nutricionista e fisioterapia, em frequências específicas.
Em linhas gerais, o AVC pode ser classificado em duas categorias: hemorrágico e isquêmico (1). 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 (2,3). 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. Ademais, recomenda-se cessação de tabagismo e realização de atividades físicas frequentes (4,5).
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 (6). O manejo inclui tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (reabilitação, terapia cognitivo-comportamental) (7-8).
Com vistas à recuperação funcional motora, reintegração social e prevenção de contraturas recomenda-se a reabilitação funcional precoce, com equipe multidisciplinar, sendo que o acompanhamento ambulatorial deve ter enfoque na prevenção secundária e no manejo de sequelas crônicas (8,9).
Considerando que os produtos 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”.