

NOTA TÉCNICA Nº 6691

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª VARA CÍVEL

COMARCA: Uberaba/MG

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0006691

IDADE: 39 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID G931.

PEDIDO DA AÇÃO: Tratamento em Hospital de Retaguarda.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Acesso a serviço especializado em reabilitação para pacientes com sequelas neurológicas graves.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Eficácia tratamento em Hospital de Retaguarda, nos termos do relatório médico, até alta médica.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com 39 anos de idade, previamente hígido, que apresentou, em 2024, parada cardiorrespiratória com período de reanimação que durou 17 minutos. Submetido a intubação orotraqueal e ventilação mecânica, permaneceu em internação hospitalar onde foi diagnosticada isquemia cerebral difusa confirmada por ressonância magnética (encefalopatia hipóxico-isquêmica grave com infarto corticalmente difuso nos hemisférios cerebrais, necrose cortical laminar na porção medial dos lobos occipitais e lesões hipóxico-isquêmicas no tronco cerebral. Redução volumétrica encefálica global discreta). Portando gastrostomia e em uso de dieta enteral, em nível de consciência Glasgow 7, sem contato verbal, respiração espontânea por traqueostomia em ar ambiente.

Considerando o quadro clínico apresentado, o neurocirurgião indicou a internação em um hospital secundário com cuidados constantes de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e nutrição. Não indicando para

aquele momento a internação domiciliar (*home care*) pela complexidade dos cuidados demandados. O paciente foi transferido para um Hospital de Retaguarda em São Paulo e sua internação no mesmo tipo de estabelecimento em outro município foi negada pelo plano de saúde.

Os Cuidados Prolongados são uma estratégia de saúde intermediária para pacientes clinicamente estáveis que já passaram pela fase aguda de uma doença ou trauma. Eles vêm sendo debatidos no Brasil desde a década de 90. Os sistemas de saúde, antes desenhados em resposta às doenças agudas e infecciosas, não são capazes de oferecer respostas adequadas aos problemas crônicos. No âmbito da assistência hospitalar, a ausência de pontos e modalidades de atendimento adequadas às novas necessidades provoca a redução da qualidade dos serviços prestados. Diante da demanda por vagas, em muitas ocasiões, altas hospitalares ocorrem ainda que as pessoas apresentem diferentes graus de dependências em suas funções básicas, bem como a elevação dos gastos em saúde.

Neste cenário, os pacientes, mesmo que clinicamente estáveis, podem requerer cuidados e monitoramentos para recuperação de suas funcionalidades, ou ainda, necessitar de abordagens integrativas para cuidados paliativos ou de fim de vida. Os usuários, principalmente os idosos, correm o risco de receberem alta antes de se recuperarem totalmente, estas altas precoces podem ocorrer dado o desequilíbrio entre as crescentes demandas e a indisponibilidade de equipamentos, resultando muitas vezes em reinternações e fragmentação do cuidado.

Os hospitais de retaguarda são instituições de saúde que desempenham um papel crucial na continuidade do cuidado, atendendo principalmente pacientes que precisam de internações prolongadas ou de cuidados de média complexidade. Essas unidades são, de maneira geral, menos equipadas que hospitais de alta complexidade, mas oferecem um atendimento especializado que pode ser vital para a recuperação do paciente. Essas instituições têm a função de desviar a demanda dos hospitais gerais e de emergência, permitindo que esses últimos

se concentrem em casos mais críticos e complexos. A retaguarda, portanto, é uma parte fundamental da rede de atenção à saúde, que visa a eficiência no uso dos recursos e a melhoria da experiência do paciente.

Ao longo das últimas décadas, diversos países como Inglaterra, Itália, Portugal, Espanha, Austrália, Dinamarca, Escócia, Holanda, Irlanda do Norte, Noruega e Japão, implantaram modelos assistenciais que pudessem aproveitar suas estruturas hospitalares e equipamentos de saúde, com vistas a implantar cuidados de baixa intensidade tecnológica e de caráter transicional entre atenção hospitalar e territorial, os chamados hospitais de cuidados transicionais.

Estes países compreenderam a necessidade de acionar outras formas de atenção que pudessem oferecer cuidados em ambientes alternativos ao hospital tradicional. O principal foco desta modalidade de atenção é auxiliar no processo de recuperação e reabilitação ou até mesmo nos cuidados de fim de vida de forma integrativa. As unidades que prestam esse tipo de cuidado se configuram como uma estação na rede assistencial, que integra os serviços pós alta hospitalar com as equipes de atenção territorial, incluindo atenção domiciliar.

É direcionado aos usuários suscetíveis a reinternações hospitalares pela ausência de uma rede adequada de serviços alternativos em situações de pós-alta hospitalar aguda, crônico estabilizado com necessidade de monitoramento das condições de saúde ou crônico agudizado incapaz de formas substanciais de autocuidado. A dimensão preventiva deste tipo de internação, compreende o atendimento a pacientes em situações de agudização de suas condições crônicas no intuito de evitar internações desnecessárias e de longa duração em hospitais de maior densidade tecnológica. Quanto aos objetivos reabilitativos, destacam-se o apoio na pós alta hospitalar oferecendo acesso aos serviços de reabilitação e recuperação funcional antes do retorno ao domicílio. Esta abordagem tem a finalidade de não prolongar as internações em estabelecimentos de cuidados agudos, admitindo os usuários nos dispositivos de cuidado de transição, integrando os diferentes níveis de

atenção como forma de garantir a continuidade da atenção e mitigando a fragmentação do cuidado ¹.

Estudos avaliaram os desfechos clínicos pós alta hospitalar na população idosa e concluíram que a falta da continuidade de cuidado implica em prejuízos funcionais e/ou cognitivos desses pacientes, levando-os a reinternações, e conseqüentemente elevando os custos, tanto para as operadoras de saúde, como para o sistema de saúde público. As redes de serviços de cuidados continuados são uma oportunidade para melhorar a eficiência do sistema de saúde, tanto na rede privada, quanto no sistema público, visto que leitos hospitalares são mais caros e dependem da alta rotatividade de pacientes para otimizar seus recursos instalados.

Estudos apontam que a maioria das readmissões potencialmente evitáveis são causadas por complicações de um procedimento cirúrgico e de doenças crônicas, que podem representar deficiências no atendimento das necessidades de cuidados dos pacientes. A qualidade desse processo de transição depende de informações fidedignas, preparação do paciente, familiares e cuidadores, apoio ao autocuidado do paciente, e capacitação dos doentes nas metas de saúde estabelecidas ².

Os planos de saúde desempenham um papel essencial na estruturação do atendimento à saúde e na gestão financeira dos serviços. A inclusão dos hospitais de retaguarda nas redes credenciadas pelos planos é um fator determinante para garantir a cobertura dos atendimentos e a satisfação dos usuários.

Ao optar por credenciar hospitais de retaguarda em sua rede assistencial, os planos de saúde podem oferecer opções de tratamento a custos mais baixos, afastando a pressão sobre os hospitais de alta complexidade. Para os pacientes, isso se traduz em acessibilidade e possibilidades de tratamento adequadas às suas necessidades clínicas. **Os principais benefícios dos hospitais de retaguarda são a redução da superlotação em hospitais gerais, melhorando a qualidade do atendimento e diminuindo o tempo de**

espera para procedimentos mais complexos, a continuidade do cuidado, com um ambiente propício para tal e a economia de recursos sem perda de qualidade e eficiência.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não possui um rol de doenças específicas ou uma lista taxativa de situações médicas que prevejam de forma isolada a internação em hospital de retaguarda. Porém, consta que o paciente tem plano de saúde individual, contratado na segmentação ambulatorial + **hospitalar** ³. E caberia à operadora do plano de saúde credenciar prestadores com profissionais capacitados que ofertassem esta modalidade de cuidado, integrando-os aos outros serviços de sua rede contratada.

Considerando o caso concreto do presente auto, trata-se de um paciente com 39 anos de idade, previamente hígido, que apresentou, em 2024, parada cardiorrespiratória evoluindo com total dependência de terceiros para atividades da vida diária, sem interação com o meio exterior, portando gastrostomia e traqueostomia e foi contra-indicado o serviço de atenção domiciliar pelo nível de complexidade do cuidado exigido. É uma pessoa com quadro clínico possivelmente progressivo ou irreversível que exige cuidados clínicos que a família não consegue estruturar com segurança em ambiente doméstico. Ademais, a indicação feita pelo médico assistente **está justificada** devido a necessidade de cuidados hospitalares contínuos de menor complexidade.

Portanto, caberia à operadora do plano de saúde prover a internação em um hospital de retaguarda ou assumir os riscos de uma internação em um hospital geral convencional.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Mônica Morangueira, Francisco Braga e Daniel Lyra-Queiroz <https://observatoriohospitalar.fiocruz.br/debates-e-opinioes/os-cuidados-prolongados-como-politica-de-saude-no-brasil-uma-serie-especial>
- 2) Ariane Polisaitis, Ana Maria Malik. Cuidados continuados: uma falha na

malha da rede de serviços de saúde

<https://pdfs.semanticscholar.org/35dd/c4f5e191d17250f37f781114223b8c25b820.pdf>.

3) ANS. <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-de-como-escolher-um-plano-de-saude-1/segmentacao-assistencial>

V – DATA:

29/05/2026

NATJUS – TJMG