Nota Técnica 446028

Data de conclusão: 16/12/2025 06:22:00

Paciente

Idade: 8 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Pelotas/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 446028

CID: G80.0 - Paralisia cerebral quadriplágica espástica

Diagnóstico: Paralisia cerebral quadriplágica espástica (G80.0)

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: tratamento multidisciplinar à domicílio

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: tratamento multidisciplinar à domicílio

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) (9).

Custo da Tecnologia

Tecnologia: tratamento multidisciplinar à domicílio

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: tratamento multidisciplinar à domicílio

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 diagnóstico de tetraparesia espástica .
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 (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 (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 (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 AD1 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 AD2 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 AD3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, 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 (12).
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 (10).
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 (10).
Com relação à paralisia cerebral, uma revisão sistemática analisou 247 artigos de intervenções em crianças. Para facilitar a interpretação dos achados, os autores adotaram um sistema de

classificação por cores de semáforo, categorizando as intervenções conforme a qualidade das evidências disponíveis: verde - medidas com evidência de boa qualidade e eficácia comprovada; amarelo - intervenções com evidências limitadas, sugerindo necessidade de mais estudos para confirmação dos benefícios; e vermelho - abordagens com ineficácia comprovada ou sem suporte suficiente para recomendação (13).
Para a fisioterapia respiratória, as evidências foram predominantemente amarelas, indicando que, embora algumas intervenções possam trazer benefícios, a base científica atual ainda é limitada e requer mais estudos para uma recomendação sólida (13).
No caso das terapias motoras, diversas medidas foram classificadas como verdes, destacando-se as intervenções ativas baseadas em treinamento. Todas essas intervenções têm as seguintes características em comum: prática de tarefas e atividades da vida real, usando movimentos ativos autogerados, em alta intensidade, onde a prática visa diretamente a obtenção de uma meta definida pela criança (ou um dos pais, se necessário). O mecanismo de ação é a plasticidade experiência-dependente (13).
A terapia ocupacional (TO) visa desenvolver, recuperar ou manter habilidades essenciais para realizar atividades do dia a dia, promovendo a autonomia do paciente. A terapia ocupacional é uma das modalidades que integram a reabilitação prevista no tratamento dos pacientes com paralisia cerebral. No caso da terapia ocupacional, sua intervenção associada à aplicação de toxina botulínica foi considerada verde (13).
A conclusão acima é baseada em um ensaio clínico de preferência parcialmente randomizado. Trinta e cinco crianças, com idade média de 7,14 anos, com paralisia cerebral unilateral, diferentemente do apresentado pela parte autora, com diferentes graus de incapacidade, participaram do estudo. O ensaio clínico iniciou-se com quatro grupos: aplicação de toxina botulínica tipo A (BoNT-A) isoladamente (n = 5), terapia bimanual orientada para tarefas (BITT) isoladamente (n = 11), BoNT-A + BITT (n = 13) e controle (n = 6). Vinte e duas crianças foram randomizadas, e 13 receberam o tratamento escolhido pelos pais: BoNT-A + BITT ou BITT isoladamente. Foram analisadas três comparações: BITT (BoNT-A + BITT e BITT isolado; n = 24) versus sem BITT (BoNT-A isolado e controle; n = 11), BoNT-A (BoNT-A isolado e BoNT-A + BITT; n = 18) versus sem BoNT-A (BITT isolado e controle; n = 17) e o efeito adicional da BoNT-A (BoNT-A + BITT versus BITT isolado). O tempo de acompanhamento foi de 24 semanas. As atividades bimanuais foram avaliadas com a escalas Assisting Hand Assessment (AHA), o questionário ABILHand-Kids (AK) e a Observational Skills Assessment Score (OSAS). O alcance de objetivos foi avaliado com a Goal Attainment Scaling (GAS), utilizando avaliação por vídeo às cegas, e a Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos na AHA. A quantidade de uso de ambas as mãos na OSAS foi significativamente melhor no grupo BoNT-A nas tarefas de enfeitar com miçangas e fazer sanduíches. O grupo BoNT-A também apresentou melhora significativa nos escores de qualidade da OSAS: a posição do punho durante a preensão e o ato de segurar objetos, especialmente nas crianças mais novas. O grupo BITT apresentou melhora significativa no AK e, ainda mais, nos escores de desempenho e satisfação do COPM em 12 e 24 semanas, em relação a diversos objetivos. A toxina botulínica tipo A (BoNT-A) demonstrou um efeito negativo significativo em 12 e 24 semanas no objetivo mais importante. O grupo BITT, mais do que o grupo BoNT-A + BITT, apresentou efeitos positivos no escore GAS em 12 (significativo), 18 e 24 semanas. Os autores concluíram que toxina botulínica tipo A (BoNT-A) tem um efeito positivo na qualidade do movimento e na quantidade de uso do membro superior afetado durante os 3 meses de intervenção, mas não apresenta efeito adicional no desempenho bimanual e no alcance dos objetivos. O grupo BITT apresenta um efeito positivo no alcance dos objetivos e no desempenho bimanual, mesmo até 6 semanas após o término da terapia(14).

Item	Descrição	Quantidade	Valor unitário	Valor anual
Sessão de fisioterapia	Sessão de fisioterapia domiciliar, 05 vezes na semana.	260	R$ 200,00	R$ 52.000,00
Sessão de fonoaudiologia	Sessão de fonoaudiologia domiciliar, 02 vezes na semana.	104	R$ 280,00	R$ 29.120,00
Sessão de terapia ocupacional	Sessão de terapia ocupacional domiciliar, 02 vezes na semana.	104	R$ 160,00	R$ 16.640,00
Total				R$ 97.760,00

(Evento 110, ORÇAM7, Página1), (Evento 110, ORÇAM9, Página 1), (Evento 110, ORÇAM13, Página 1).
Não existe base oficial de consulta de valores de referência para os cuidados pleiteados. Assim, conforme o menor valor orçado para cada serviço, foi elaborada a tabela acima, considerando a prestação dos atendimentos pelo período de 01 (um) ano, totalizando o valor de R$ 97.760,00.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: No caso das terapias, ganho de funcionalidade. Para o atendimento domiciliar, 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: tratamento multidisciplinar à domicílio

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Considerando as informações clínicas constantes nos autos, embora a paciente apresente condição crônica de base, com complicações neurológicas e limitações funcionais, não há elementos técnicos que demonstrem a necessidade de oferta contínua e intensiva de terapias de reabilitação em regime domiciliar, na frequência pleiteada.
À luz dos critérios do Programa Melhor em Casa e da Portaria nº 3.005/2024, o quadro clínico apresentado é crônico e clinicamente estável, enquadrando-se na modalidade de Atenção Domiciliar tipo AD1, cujo acompanhamento é realizado prioritariamente pela Atenção Primária à Saúde, não havendo previsão de atendimentos multiprofissionais domiciliares recorrentes em alta frequência.
Com relação às terapias prescritas, há evidência de potencial benefício para terapias motoras para o quadro clínico da paciente. Ressaltamos que o papel dos terapeutas, nesses casos, é

de acompanhar, orientar e ensinar os cuidadores a reproduzirem os estímulos, os exercícios e os cuidados prescritos por estes profissionais. É papel do cuidador estimular o paciente, colocar sentado, em pé, exercitar o corpo. A periodicidade das terapias deve ser pautada a partir da evolução clínica do paciente, da fase do acompanhamento em que se encontra, da adesão terapêutica dos cuidadores, da sua estabilidade clínica e do estado funcional, podendo ser semanal em pacientes estáveis ou com maior periodicidade em pacientes com agravos recentes ou com intercorrências frequentes.
Ademais, conforme esclarecimento do Hospital Escola da UFPel/EBSERH (Evento 163, ANEXO2, Página 1), o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) prevê, como regra, atendimento semanal, com acionamento multiprofissional apenas de forma complementar, além de contar com estrutura e recursos humanos limitados, o que inviabiliza a realização dos atendimentos na frequência solicitada, sob pena de comprometer os princípios da equidade e da continuidade do cuidado.
Dessa forma, considerando as informações clínicas e a organização da rede pública de saúde, não se verifica justificativa técnica para o provimento jurisdicional do acompanhamento domiciliar multiprofissional, mantendo-se o entendimento desfavorável ao pedido.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Olaf A Bodamer. Organic acidemias: An overview and specific defects. UpToDate, Topic 2927. Version 22.0.

2. Forny P, Hörster F, Ballhausen D, Chakrapani A, Chapman KA, Dionisi-Vici C, Dixon M, Grünert SC, Grunewald S, Haliloglu G, Hochuli M, Honzik T, Karall D, Martinelli D, Molema F, Sass JO, Scholl-Bürgi S, Tal G, Williams M, Huemer M, Baumgartner MR. Guidelines for the diagnosis and management of methylmalonic acidaemia and propionic acidaemia: First revision. J Inherit Metab Dis. 2021 May;44(3):566-592.3

3. 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.

4. Barkoudah E. Cerebral palsy: Overview of management and prognosis. UpToDate. 2025.

5. Barkoudah E. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues. UpToDate. 2025.

6. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022. Management of Cerebral Palsy.

7. 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.

8. Damiano DL. Activity, activity, activity: rethinking our physical therapy approach to cerebral palsy. Phys Ther. 2006;86(11):1534–40.

9. 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

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. 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

13. Novak I et al. State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy. Curr Neurol Neurosci Rep. 2020 Feb 21;20(2):3.

14. Speth LAWM, Leffers P, Janssen-Potten YJM, Vles JSH. Effects of botulinum toxin A and/or bimanual task-oriented therapy on upper extremity activities in unilateral cerebral palsy: a clinical trial. BMC Neurol. 2015;15:143. doi:10.1186/s12883-015-0404-3.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme atestado médico (Evento 17, LAUDO2, Página 1), datado de 07 de novembro de 2024, trata-se de paciente em acompanhamento no Serviço de Genética Médica (SGM) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) desde janeiro de 2020, com diagnóstico de acidemia metilmalônica (CID-10: E71.1) aos dois anos de idade. Apresenta complicações neurológicas, com déficits cognitivos e motores secundários à doença de base, havendo indicação de terapias de estímulo, incluindo fonoaudiologia, fisioterapia motora e terapia ocupacional. Consta em atestado médico mais recente (Evento 110, ATESTMED2, Página 2), datado de 11 de junho de 2025, que a paciente apresenta importante limitação de mobilidade, com dificuldade de deslocamento, além de questões comportamentais e necessidade de uso de dieta especial por longo período, inclusive por via de infusão.
Há negativa administrativa formal nas esferas estadual e municipal. Conforme declaração da

Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul – 3ª CRS (Evento 110, CERTNEG3, Página 1, de 24/06/2025), as terapias de fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia motora em regime domiciliar não são disponibilizadas pelo SUS. Do mesmo modo, conforme declaração da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas (Evento 110, CERTNEG4, Página 1, de 24/06/2025), tais atendimentos também não são ofertados pela rede pública municipal, caracterizando o esgotamento da via administrativa e a ausência de alternativa assistencial no SUS.

Em 10 de setembro de 2025 (Evento 163, ANEXO2, Página 1), o Hospital Escola da UFPel/EBSERH informou que o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) integra o programa Melhor em Casa, regulamentado pela Portaria nº 3.005/2024, o qual prevê, como regra, atendimento mínimo de uma visita semanal por usuário, podendo a Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP) ser acionada apenas de forma complementar, mediante indicação clínica da EMAD. Foi esclarecido que o serviço não dispõe de fonoaudiólogo e que conta apenas com dois fisioterapeutas e um terapeuta ocupacional, com carga horária limitada, que atuam em regime de consultoria, prestando suporte técnico às equipes, o que inviabiliza a realização de atendimentos domiciliares recorrentes na frequência solicitada (2 a 5 vezes por semana). Destacou-se, ainda, que o atendimento na frequência pleiteada comprometeria a equidade e a continuidade do cuidado aos demais usuários do serviço, que atende aproximadamente 100 pacientes por mês, sendo possível apenas a oferta de atendimento semanal, caso preenchidos os critérios clínicos previstos para a modalidade AD2.

Nesse contexto, é requerido, pela via jurisdicional, o fornecimento de acompanhamento domiciliar multiprofissional, compreendendo fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional.

A acidemia metilmalônica é uma das acidemias orgânicas, também conhecidas como acidúrias orgânicas, que são uma classe de erros inatos do metabolismo caracterizados pelo acúmulo de metabólitos de ácidos orgânicos anormais (e geralmente tóxicos) e aumento da excreção de ácidos orgânicos na urina. Eles resultam principalmente de deficiências de enzimas específicas nas vias de degradação de aminoácidos. A maioria das acidemias orgânicas torna-se clinicamente aparente durante o período neonatal ou no início da infância, embora existam formas mais brandas que podem não se apresentar até a adolescência ou idade adulta ou nem chegar ao atendimento médico. Após um período inicial de bem-estar, as crianças afetadas desenvolvem um episódio de acidose metabólica com risco de vida, caracterizado por um intervalo aniônico aumentado (1,2).

A acidemia metilmalônica (MMA) ou acidúria metilmalônica, é a elevação do ácido metilmalônico no sangue e/ou na urina (geralmente é observada em ambos). Isso pode ocorrer isoladamente ou em combinação com outras anormalidades bioquímicas, como elevação da homocisteína e baixa metionina. A elevação do ácido metilmalônico pode ser devido a um defeito no metabolismo da metilmalonil-coenzima A (CoA) ou cobalamina (Cbl) / vitamina B12, que são erros inatos do metabolismo classificados como acidemias orgânicas, ou podem ser causados por deficiência de Cbl na dieta. (1,2).

O tratamento visa evitar o acúmulo de substâncias tóxicas para o cérebro da criança e é de base nutricional e suplemento de vitaminas e medicamentos que podem controlar a evolução da doença e as crises agudas. Até o momento, não há tratamento curativo. Em casos de descompensação metabólica, o tratamento de suporte pode incluir fluidos intravenosos e a correção de distúrbios eletrolíticos. Em alguns casos, antibióticos como metronidazol podem ser usados para reduzir a produção de propionato por bactérias intestinais. As proteínas dos alimentos de origem animal (carne, ovo, leite e vários alimentos que contêm proteína como feijão e arroz) possuem altas quantidades destes aminoácidos, por isso não são permitidas e devem ser retiradas da dieta. Estes alimentos devem ser substituídos por fórmula metabólica especial isenta de metionina, treonina, leucina, valina e isoleucina (1,2). Ainda, o transplante de

fígado pode ser considerado em alguns pacientes. Esses tratamentos devem ser individualizados conforme a gravidade da condição e as necessidades específicas de cada paciente.

Já a tetraparesia espástica é uma forma de paralisia cerebral caracterizada pela rigidez muscular e fraqueza que afetam os quatro membros (braços e pernas), resultando em limitações importantes para o movimento voluntário e para a postura. É causada por lesão em áreas do cérebro responsáveis pelo controle motor e frequentemente está associada a outras comorbidades, como epilepsia e dificuldades cognitivas (3).