Nota Técnica 458452

Data de conclusão: 22/01/2026 16:14:42

Paciente

Idade: 26 anos

Sexo: Feminino

Cidade: Gravataí/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 458452

CID: G35 - Esclerose múltipla

Diagnóstico: G35 - Esclerose múltipla

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: 0301050023 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: 0301050023 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: assistência domiciliar prestada por Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Custo da Tecnologia

Tecnologia: 0301050023 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: 0301050023 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:
Considerando o quadro clínico atual, trata-se de cenário de cuidado domiciliar para condições cronicamente instaladas em paciente com dificuldade de locomoção.
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 (7).
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. (8)
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 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. 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 (10).
Uma revisão sistemática foi realizada para determinar a eficácia e o custo do tratamento de pacientes com complexidade hospitalar em casa (modalidade home care), 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 (7). 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. 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.
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. 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 (7).

Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor trimestre*	Valor Anual
Home Care	Contratação trimestral de assistência à saúde multiprofissional contínua, incluindo equipamentos e medicamentos.	4	R$ 143.269,38	R$ 573.077,52

*Conforme orçamento apresentado no processo (Evento 150, TABELA24, Página 2).

Na tabela acima é apresentado o custo trimestral e anual do serviço de home care pleiteado, conforme menor orçamento juntado aos autos, descontados os materiais e equipamentos disponibilizados pelo município, conforme documento 1° Tabela de Valores de atendimento domiciliar (Evento 150, TABELA24, Página 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: 0301050023 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Do ponto de vista assistencial, as informações constantes nos autos não evidenciam necessidade clínica de acompanhamento contínuo, em regime de 24 horas, por profissional técnico de enfermagem, de forma permanente. 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.
A partir dos elementos clínicos apresentados e considerando a organização da rede pública de saúde, verifica-se que a paciente pode ser assistida por ações de Atenção Domiciliar no âmbito da Atenção Básica, com acompanhamento por visitas domiciliares periódicas, fornecimento de insumos e suporte assistencial conforme as competências municipais. Nesse contexto, o papel da equipe de saúde é avaliar, orientar, supervisionar e capacitar os cuidadores, bem como intervir diante de intercorrências clínicas, sem que isso implique a presença contínua de profissional técnico de enfermagem no domicílio.
Pelo que se observa no processo, a unidade básica de saúde de referência da autora não está envolvida na atenção à sua saúde. De fato, a indicação de home care se dá por médico da assistência especializada. 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.
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.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Múltipla [Internet]. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-de-esclerose-multipla. Acesso em 19 de maio de 2025.

2. Michael J Olek JH. Clinical presentation, course, and prognosis of multiple sclerosis in adults. In: Post TW, editor. UpToDate. UpToDate; 2019.

3. Michael J Olek DM. Pathogenesis and epidemiology of multiple sclerosis. In: Post TW, editor. UpToDate. 2019.

4. Elman L, McCluskey L, Quinn C. Clinical features of amyotrophic lateral sclerosis and other forms of motor neuron disease. UpToDate. 2025. Disponível em: www.uptodate.com/contents/clinical-features-of-amyotrophic-lateral-sclerosis-and-other-forms-of-motor-neuron-disease

5. Jimenez NG, Quinn C. Symptom-based management of amyotrophic lateral sclerosis. In UpToDate. 2025 Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/symptom-based-management-of-amyotrophic-lateral-sclerosis

6. Clinical features of amyotrophic lateral sclerosis and other forms of motor neuron disease - UpToDate [Internet]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-of-amyotrophic-lateral-sclerosis-and-other-forms-of-motor-neuron-disease

7. 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

8. 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.

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. 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

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme atestado médico (Evento 292, ATESTMED2, Página 1), datado de 26 de novembro de 2025, trata-se de paciente com diagnóstico de Esclerose Múltipla (CID-10 G35) e Esclerose Lateral Amiotrófica – ELA (CID-10 G12.2) em acompanhamento neurológico regular no SUS, no serviço de Neurologia do Hospital São Lucas da PUCRS. A paciente apresentou início dos sintomas neurológicos em 2014, com diagnóstico de esclerose múltipla estabelecido em 2018, quando iniciou tratamento com teriflunomida, sem controle adequado da progressão do quadro neurológico. Em janeiro de 2023, foi diagnosticada com esclerose lateral amiotrófica associada à EM, condição de caráter grave, progressivo, irreversível e de evolução clínica desfavorável. Atualmente, a paciente apresenta tetraparesia (CID-10 G82), disfagia (CID-10 R13), disartria (CID-10 R47.1) e insuficiência respiratória (CID-10 J96.9), encontrando-se restrita ao leito, sem capacidade motora dos membros, dependente de ventilação mecânica não invasiva (BiPAP) em período integral e alimentação por gastrostomia (GTT).
Em decisão proferida pela Justiça Estadual (Evento 45, EMAIL1, Página 1), em 05 de julho de 2024, foi deferida tutela antecipada determinando o fornecimento do serviço de atenção domiciliar (home care) à parte autora, de acordo com prescrição médica constante dos autos. O serviço passou a ser efetivamente prestado a partir de 13 de agosto de 2024.
Em resposta ao solicitado (Evento 275, COMP7, Página 1), o Município de Gravataí informou que, no âmbito das competências da Unidade/Equipe de Atenção Básica, é possível a oferta de visita médica domiciliar com periodicidade mensal, encaminhamento para oxigenoterapia domiciliar por meio do Serviço Municipal de Saúde, bem como o fornecimento de insumos básicos, incluindo seringa de 20 mL, equipamentos e frascos para dieta, algodão, máscara cirúrgica e luvas de procedimento. Informou, ainda, a possibilidade de emissão de laudo para retirada de fraldas pelo Programa Farmácia Popular. Consta que, até o momento,a Secretaria Municipal da Saúde, encontra-se em tratativas para adesão ao Programa Melhor em Casa (PMEC), a ser operacionalizada por intermédio do Hospital Dom João Becker, administrado pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.
A Esclerose Múltipla (EM) é uma doença imunológica, inflamatória, desmielinizante e neurodegenerativa que acomete a substância branca e a cinzenta do Sistema Nervoso Central (1,2). Sua causa não é bem compreendida e envolve fatores genéticos e ambientais que ainda

não estão bem definidos. Acomete usualmente adultos jovens, dos 20 aos 50 anos de idade, com pico aos 30 anos, sendo mais rara quando se inicia fora dessa faixa etária. Em média, é duas vezes mais frequente em mulheres. O Brasil apresenta uma prevalência média de 8,69/100.000 habitantes (1). A evolução, gravidade e sintomas da doença não são uniformes; o quadro clínico se manifesta, na maior parte das vezes, por surtos ou ataques agudos, podendo entrar em remissão de forma espontânea ou com o uso de corticosteroide (3). Neurite óptica, diplopia, paresia ou alterações sensitivas e motoras de membros, disfunções de coordenação e equilíbrio, dor neuropática, espasticidade, fadiga e disfunções esfincterianas e cognitivo-comportamentais, de forma isolada ou em combinação, são os principais sintomas e sinais (3). Em geral, o diagnóstico da esclerose múltipla é baseado na documentação de dois ou mais episódios sintomáticos, que devem durar mais de 24 horas e ocorrer de forma distinta, separados por período de no mínimo um mês (1,3). Exames radiológicos e laboratoriais, em especial a ressonância magnética, podem, em conjunto às manifestações clínicas, serem essenciais para compor o diagnóstico e excluir outras doenças de apresentação semelhante (1).

Os medicamentos para EC podem ser divididos em dois grupos: medicamentos modificadores do curso da doença e os medicamentos para o tratamento dos surtos, além de fármacos usados no tratamento de outros sintomas da doença e de sintomas não exclusivamente relacionados ao sistema nervoso central (1).

Já a esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva, atualmente incurável, que causa fraqueza muscular, incapacidade e, eventualmente, morte. O termo "esclerose lateral amiotrófica" é derivado da combinação do achado do exame clínico de amiotrofia com o achado patológico de esclerose lateral. Embora já tenha sido presumido ser um distúrbio motor puro, hoje se entende que há também degeneração de outras regiões do cérebro, como neurônios corticais frontais e temporais. A ELA é a forma mais comum de doença do neurônio motor e inclui patologias dos neurônios motores superiores e inferiores (4).

A manifestação clínica inicial da ELA pode ocorrer em qualquer segmento do corpo, sendo a fraqueza assimétrica dos membros a apresentação mais comum (80%). O curso progressivo da ELA pode eventualmente produzir um ou ambos os aspectos da doença com risco de vida: insuficiência respiratória neuromuscular e disfagia. A maioria dos pacientes com ELA morre dentro de três a cinco anos após o diagnóstico. No entanto, uma sobrevida mais longa não é rara; aproximadamente 30% dos pacientes com ELA estão vivos cinco anos após o diagnóstico, e 10% a 20% sobrevivem por mais de 10 anos (5). Os fatores associados a um aumento de sobrevida sem insuficiência respiratória incluem idade mais jovem no início dos sintomas, maior atraso do início dos sintomas até o diagnóstico, maior pontuação na escala de classificação funcional da ELA, maior capacidade vital forçada na apresentação, e início dos sintomas nos membros em vez de sintomas bulbares (6).

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”.