# Nota Técnica 465985

Data de conclusão: 10/02/2026 10:45:27

## Paciente

**Idade:** 71 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 465985

**CID:** G12.2 - Doença do neurônio motor

**Diagnóstico:** Doença do neurônio motor (G12.2)

**Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):** Laudo médico

## Descrição da Tecnologia

**Tipo da Tecnologia:** Procedimento

**Descrição:** Home Care

**O procedimento está inserido no SUS?** Sim

**O procedimento está incluído em:** SIGTAP

## Outras Tecnologias Disponíveis

**Tecnologia:** Home Care

**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:** Home Care

**Custo da tecnologia:** -

**Fonte do custo da tecnologia:** -

## Evidências e resultados esperados

**Tecnologia:** Home Care

**Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:** No cenário em tela, identificamos que a parte autora apresenta comprometimentos que geram a dependência de cuidados. Trata-se, portanto, de requerimento 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 (5).
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 (6).
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 (7) 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 (8).
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 (5). 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 (5).
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 (5).

| Item | Descrição | Quantidade | Valor Unitário* | Valor Anual |
|---|---|---|---|---|
| Home Care | Assistência multiprofissional contínua e insumos | 12 | R$ 38.000,00 | R$ 458.000,00 |

*Conforme orçamento apresentado no processo (Evento 226, ORÇAM14, Página 1)
As informações acerca do custo anual do tratamento referem-se ao orçamento de menor valor anexado aos autos pela parte autora, datado de 15 de agosto de 2025.

**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:** 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 de enfermagem. Cuidados prestados a paciente clinicamente estável, objetivando a observação, o conforto, a higiene, a administração de medicações e de dieta não precisam ser realizados por profissional técnico, mas sim por cuidador devidamente capacitado (7,8).
A partir das informações clínicas disponibilizadas e das políticas públicas vigentes, concluímos que o autor pode se beneficiar de Atenção Domiciliar prevista pelo SUS. Para os cuidados diários, o autor necessita de cuidador que a apoie nas rotinas de higiene, mudanças de decúbito, alimentação e administração de medicamentos. Esse cuidador não necessita ter formação, mas receber orientação das equipes de saúde do próprio município. 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.
O Departamento de Atenção Básica informa que a paciente é acompanhada pela Atenção Primária à Saúde, por meio da USF Cohab C, com visitas domiciliares periódicas, incluindo fornecimento de fraldas e demais insumos necessários ao cuidado domiciliar. Recomendamos que a autora 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.
Por fim, considerando a concretização da impossibilidade de capacitar familiares para realizar o cuidado da parte autora e de organizar uma rede profissional e assistencial de suporte, pode ser avaliada a necessidade de institucionalização da parte autora em instituição de baixa complexidade em dispositivo da rede de acolhimento e proteção especial da assistência social.

**Há evidências científicas?** Sim

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

**Referências bibliográficas:**


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

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

3. Bensimon G, Lacomblez L, Meininger V. A controlled trial of riluzole in amyotrophic lateral sclerosis. ALS/Riluzole Study Group. N Engl J Med. 1994 Mar 3;330(9):585-91. doi: 10.1056/NEJM199403033300901.

4. Lacomblez L, Bensimon G, Leigh PN, Guillet P, Meininger V. Dose-ranging study of riluzole in amyotrophic lateral sclerosis. Amyotrophic Lateral Sclerosis/Riluzole Study Group II. Lancet. 1996 May 25;347(9013):1425-31. doi: 10.1016/s0140-6736(96)91680-3.

5. 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

6. 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.

7. 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

8. 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

9. 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:** RS - Rio Grande do Sul

**Instituição Responsável:** TelessaúdeRS

**Nota técnica elaborada com apoio de tutoria?** Não

**Outras Informações:** Conforme laudo médico (Evento 1, ANEXO7, Página 16), datado de 10 de março de 2023, trata-se de paciente com quadro neurológico iniciado há cerca de um ano e meio, caracterizado por disartria e disfagia, sem resposta ao tratamento fonoaudiológico inicial. Evoluiu com disfagia grave e paresia de membro inferior esquerdo. Em 30 de janeiro de 2023, realizou eletroneuromiografia de face, que evidenciou desnervação de neurônios bulbares por disfunção do neurônio motor inferior, compatível com diagnóstico de doença do neurônio motor (esclerose lateral amiotrófica – CID-10 G12.2). Como comorbidades, apresenta diabetes mellitus (em uso de metformina e glibenclamida), hipertensão arterial sistêmica (em uso de losartana, anlodipino e succinato de metoprolol), dislipidemia (em uso de sinvastatina), hipotireoidismo (em uso de levotiroxina), além de uso de ácido acetilsalicílico como terapia antiagregante plaquetária. Apresenta ainda rinite alérgica (em uso de montelucaste dissódico). Relata histórico de nefrectomia há 28 anos por pielonefrite crônica, sem menção de doença renal crônica atual.
O Departamento de Atenção Básica (Evento 253, PROCADM2, Página 4) informou em 29 de outubro de 2025 que o acompanhamento e a assistência à saúde da paciente são realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde, por meio da Unidade de Saúde da Família Cohab C, com realização de visitas domiciliares periódicas pela equipe multiprofissional, incluindo Agentes Comunitários de Saúde, equipe de Enfermagem e Médico de Família. Ademais, registra-se que o fornecimento de insumos para o cuidado domiciliar, incluindo fraldas e outros materiais utilizados no manejo da paciente, integra a rotina de cuidados da unidade de saúde.
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”
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 (1).
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 (2). Os fatores associados ao aumento da 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 (1).
O riluzol é um medicamento conhecido por ter algum impacto na sobrevivência na ELA, com evidências advindas de dois ensaios clínicos randomizados (3,4). O restante do tratamento se baseia no apoio sintomático, incluindo cuidado multidisciplinar, com atenção especial ao

manejo das funções respiratória e alimentar. Pode haver espasticidade muscular, levando a desconforto para o paciente e impacto na coordenação motora. Nesses casos, um medicamento anti-espasticidade oral (por exemplo, baclofeno, tizanidina) é indicado como uma opção sintomática de primeira linha. Injeções de neurotoxina botulínica podem ser úteis quando a terapia oral não é eficaz ou bem tolerada (2).