Nota Técnica 389277

Data de conclusão: 13/08/2025 15:32:17

Paciente

Idade: 64 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Bagé/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 389277

CID: I69.4 - Seqüelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico

Diagnóstico: I69.4 Seqüelas de acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Fisioterapia|Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Fisioterapia|Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Não se aplica

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Fisioterapia|Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Fisioterapia|Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A fisioterapia motora é de extrema importância na reabilitação de pacientes pós-AVC, sendo que sua efetividade já está estabilidade na literatura (9,10). A reabilitação física, com ênfase na fisioterapia motora, demonstra evidências consistentes de melhora significativa na independência para a realização das atividades de vida diária (AVD), bem como na função motora, no equilíbrio postural e na velocidade de marcha, quando comparada à ausência ou à oferta mínima de reabilitação (9,10). Além disso, observa-se a manutenção destes benefícios a longo prazo, particularmente no desempenho das AVD e na funcionalidade motora global.
Em uma metanálise com 21 estudos, incluindo 1834 pacientes, demonstrou-se resultados positivos quanto a prática de fisioterapia ativa na melhora do o nível de atividade física, demonstrando benefícios em pacientes pós-AVC (11). Embora o estudo tenha uma qualidade metodológica razoável, os resultados são promissores para esse grupo de pacientes.
No Sistema Único de Saúde, há previsão desse tipo de cuidado através de equipes de Atenção Domiciliar (AD) das Unidades de Saúde na Atenção Básica (Atenção Domiciliar complexidade 1, AD1) ou como um serviço complementar aos cuidados na Atenção Básica e nos serviços de Urgência, substituindo ou complementando a internação hospitalar (Serviços de Atenção Domiciliar - SAD, nível AD2 e AD3). A AD é uma modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS).
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. 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; ou
IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.
Art. 10. Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações

listadas na modalidade AD 2, 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.
O SAD ofertado pelo SUS busca, em seu cuidado, “identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo” (12). O treinamento de cuidadores que não são profissionais de saúde (ou cuidadores informais) no provimento das demandas assistenciais é bem estabelecido na literatura (13).
Custo:

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Fisioterapia	Sessão de fisioterapia motora	144	R$ 60,00	R$8.640,00

* Com base em orçamento anexo ao processo (Evento 190, OUT7).

O orçamento acima se remete ao período de 12 meses, com média total de 3 sessões por semana, conforme consta nos autos.
O valor do procedimento do atendimento fisioterapêutico em pacientes em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais com complicações sistêmicas que consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) é de R$6,35. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão deste procedimento pelo sistema público.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: ganho de funcionalidade

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: Fisioterapia|Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Reconhecemos a importância de acompanhamento fisioterapêutico para a parte autora com objetivo de fortalecimento muscular e ganho de funcionalidade. Contudo, não identificamos fatores clínico-funcionais que impeçam o autor de ser deslocado de cadeira de rodas para serviço de reabilitação física na região. Desta forma, recomendamos que seja providenciado deslocamento do autor para avaliação e acompanhamento terapêutico visando a reabilitação física. Neste centro de referência o autor poderá vir a receber atendimento não apenas de fisioterapeuta, mas também de outras especialidades profissionais que for identificada pertinência ao autor, a exemplo de fonoaudiologia ou terapia ocupacional. Ademais, entende-se que o fato do autor se deslocar a um centro de reabilitação propicia maior socialização e oportunidade de receber maior estímulo cognitivo.
Por fim, entendemos que o número de atendimentos fisioterapêuticos por semana pode vir a ser definido pelo serviço de fisioterapia do SUS. E que a educação em saúde possa ser a via assistencial principal, de forma que sejam capacitados os cuidadores do autor na rotina diária em casa de maneira que não sejam perdidas as conquistas de funcionalidade adquiridas

quando em períodos de pausa de atendimento.

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?search=stroke&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
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?search=stroke&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
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?search=stroke&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
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. Zhou J, Fangma Y, Chen Z, Zheng Y. Post-Stroke Neuropsychiatric Complications: Types, Pathogenesis, and Therapeutic Intervention. Aging Dis. 2023 Dec 1;14(6):2127-2152.
9. Todhunter-Brown A, Sellers CE, Baer GD, et al. Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Feb 11;2(2):CD001920.
10. Veerbeek JM, van Wegen E, van Peppen R, et al. What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2014 Feb 4;9(2):e87987.
11. Goncalves S, Le Bourvellec M, Mandigout S, Duclos NC. Impact of Active Physiotherapy on Physical Activity Level in Stroke Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. Stroke. 2023 Dec;54(12):3097-3106.
12.Brasil. Ministério da Saúde. 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. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
13. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar [Internet]. 1a ed. Vol. 2. 2013. Available from: www.saude.gov.br/bvs.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentação apensada ao processo, médica da saúde da família declara que o autor está acamado e com leve déficit cognitivo após episódios de AVC isquêmico. O paciente não deambula e possui hemiparesia à esquerda (Evento 277, ATESTMED2), motivo pelo qual foi solicitado o atendimento de fisioterapia domiciliar, pois o paciente não apresenta condições de se deslocar para o local de atendimento.
A Secretaria Municipal de Saúde do município de Bagé, informa que não dispõe fisioterapia domiciliar (Evento 8, CERTNEG4), a Secretaria Estadual de Saúde, representada pela 7ª Coordenadoria Regional, informa que conta com serviço de referência em Reabilitação Física na região sul, porém, não dispõe de atendimento domiciliar (Evento 1, CERTNEG13).
A parte autora teve acesso jurisdicional à fisioterapia domiciliar no período de agosto de 2023 a março de 2024, pelo que se identifica no processo (Evento 152 OUT7 Pág.1; Evento 90 PET1 Pág1). Nas evoluções do fisioterapeuta, consta que houve melhora funcional do autor - ganho de amplitude de movimento e força em membro inferior esquerdo. Relata que apresenta espasticidade no hemicorpo esquerdo, mas que o autor consegue sentar-se em poltrona e cadeira de rodas, portanto, não se trata de pessoa acamada, restrita ao leito. O fisioterapeuta refere em julho de 2025 que o autor ao ser reavaliado apresentou perda da funcionalidade conquistada no período de fisioterapia realizado previamente (Evento 277 DECL3 Pág.1).
Nestes termos, a parte autora solicita o provimento de sessões de fisioterapia domiciliar.
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 (6,7).