

Nota Técnica 486196

Data de conclusão: 26/03/2026 10:54:17

Paciente

Idade: 54 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Santa Rosa/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2º Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 486196

CID: I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

Diagnóstico: Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64)

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: fisioterapia motora com neuromodulação, três vezes por semana, de forma contínua.

O procedimento está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: fisioterapia motora com neuromodulação, três vezes por semana, de forma contínua.

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: fisioterapia motora convencional.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: fisioterapia motora com neuromodulação, três vezes por semana, de forma contínua.

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: fisioterapia motora com neuromodulação, três vezes por semana, de forma contínua.

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A fisioterapia neurofuncional está indicada para pacientes com sequelas motoras após AVC em todas as fases de recuperação — aguda, subaguda e crônica — com foco em treinamento intensivo, repetitivo e orientado para tarefas funcionais. Evidências atuais demonstram que a reabilitação física melhora a independência nas atividades de vida diária, a função motora, o equilíbrio e a velocidade de marcha, sendo mais eficaz quando baseada em treinamento funcional em comparação com abordagens neurofisiológicas tradicionais (9–11). Além disso, maior intensidade ou dose de fisioterapia está associada a melhores desfechos funcionais (11).

A estimulação magnética transcraniana repetitiva (rTMS) tem sido utilizada como terapia adjuvante para a recuperação motora após AVC, particularmente para déficits do membro superior. A evidência científica, incluindo revisões sistemáticas e meta-análises, sugere que a rTMS apresenta maior benefício nas fases aguda e subaguda (até aproximadamente 6 meses após o evento) e em pacientes com déficits motores mais graves (12–16). Protocolos de baixa frequência (1 Hz) aplicados sobre o córtex motor contralesional demonstram melhora moderada na função motora e na independência nas atividades de vida diária, com efeitos mais pronunciados em pacientes com AVC subcortical e nos primeiros meses após o evento (12–15). Por outro lado, os resultados para recuperação de membros inferiores e para pacientes em fase crônica são menos consistentes (13,17). Em uma revisão sistemática com meta-análise, foram analisados 25 ensaios clínicos randomizados, totalizando 535 participantes. Os resultados indicaram que a rTMS melhora significativamente a função dos membros superiores, a função manual e o tônus muscular em pacientes na fase crônica do AVC (mais de 6 meses). No entanto, não houve melhora significativa na mobilidade e força dos membros inferiores. Além disso, a rTMS apresentou efeitos positivos na função cognitiva, reduziu a apatia (mais do que os sintomas depressivos) e melhorou o equilíbrio, a marcha e as atividades diárias. Apesar desses resultados promissores, as conclusões devem ser interpretadas com cautela devido ao tamanho limitado da amostra (17). Outra revisão sistemática com meta-análise concluiu que a evidência para indicar rTMS no cenário crônico é insuficiente (13).

Meta-análises de ensaios clínicos randomizados também demonstram impacto clínico

significativo dessas intervenções em escalas amplamente utilizadas na reabilitação pós-AVC, como Fugl-Meyer Assessment, Barthel Index e Modified Rankin Scale, além de apresentarem perfil de segurança adequado (9,11–13).

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário por sessão	Valor (período de 6 meses)	Total de 6
Fisioterapia neurofuncional neuromodulação	Sessões +tratamento	do79	R\$ 630,00	R\$ 49.770,00	

* Com base em orçamento anexo ao processo (Evento 12, OUT8, Página 1).

Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para atendimentos em fisioterapia. O orçamento acima se remete ao período de 6 meses, com média total de 3 sessões por semana, conforme consta nos autos (Evento 1, OUT9, Página 4).

O valor do procedimento do atendimento fisioterapêutico 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.

Não foram encontradas análises de custo-efetividade para a tecnologia pleiteada.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: melhora de funcionalidade motora, mais pronunciada em quadros agudos ou sub-agudos.

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

Conclusão

Tecnologia: fisioterapia motora com neuromodulação, três vezes por semana, de forma contínua.

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: No caso em análise, a parte autora apresenta quadro de sequelas crônicas pós-AVC. Nesse contexto clínico, a literatura indica que o potencial de ganho funcional associado à rTMS tende a ser menor quando comparado às fases iniciais da recuperação. Assim, apesar de não existirem análises específicas de custo-efetividade, a relação entre custo e benefício dessa intervenção nessa fase evolutiva da doença torna-se menos favorável.

Adicionalmente, destaca-se que a estimulação magnética transcraniana repetitiva envolve tecnologia de alto custo, com necessidade de equipamentos específicos e múltiplas sessões terapêuticas, o que eleva significativamente o custo do tratamento para o sistema público, podendo ter impacto negativo em recursos importantes, sobretudo quando considerada a menor magnitude de benefício esperada em quadros crônicos.

Cabe ressaltar que o SUS disponibiliza reabilitação fisioterapêutica para pacientes com sequelas neurológicas, incluindo AVC, por meio da rede de atenção à reabilitação, sendo a fisioterapia uma intervenção amplamente recomendada e com evidência consolidada para manutenção e melhora funcional nesses pacientes. Independentemente da modalidade adotada, cumpre informar que qualquer fisioterapia deve ser realizada por período pré-definido,

com avaliação objetiva de benefício ao término das sessões inicialmente estipuladas para se determinar sua eficácia no caso específico.

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.

10. Miller EL, Murray L, Richards L, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010.

11. 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*. 2013.

12. Zhang JJY, Ang J, Saffari SE, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for motor recovery after stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials with low risk of bias. *Neuromodulation*. 2024.

13. Xie G, Wang T, Deng L, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for motor function in stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *Syst Rev*. 2025.

14. Sánchez-Cuesta FJ, González-Zamorano Y, Arroyo-Ferrer A, Moreno-Verdú M, Romero-Muñoz JP. Repetitive transcranial magnetic stimulation of primary motor cortex for stroke upper limb motor sequelae rehabilitation: a systematic review. *NeuroRehabilitation*. 2023.

15. He Y, Li K, Chen Q, Yin J, Bai D. Repetitive transcranial magnetic stimulation on motor recovery for patients with stroke: a PRISMA compliant systematic review and meta-analysis. *Am J Phys Med Rehabil*. 2020.

16. Kim WJ, Rosselin C, Amatya B, Hafezi P, Khan F. Repetitive transcranial magnetic stimulation for management of post-stroke impairments: an overview of systematic reviews. J Rehabil Med. 2020.

17. Chen G, Wu M, Lin T, et al. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on sequelae in patients with chronic stroke: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Front Neurosci. 2022.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentos anexados ao processo, a parte autora, paciente do sexo masculino, 54 anos, apresenta histórico de acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico ocorrido em 2021 e hipertensão arterial sistêmica (Evento 123, OUT2, Página 1). A investigação etiológica do AVC à época não encontrou causas tratáveis (Evento 12, OUT2, Página 1). Como sequela, refere-se dificuldade de marcha por hemiparesia do hemicorpo esquerdo, hipertonia espástica em membro superior e membro inferior esquerdos e alteração de propriocepção da mão esquerda (Evento 1, OUT7, Página 1; Evento 1, OUT9, Página 1). Não há descrição formal objetiva ou subjetiva de qualidade de vida. Foi indicado tratamento com fisioterapia neurofuncional, configurado como 2 sessões, 3 vezes por semana, sendo uma das sessões associada a neuromodulação, pelo período de 6 meses (Evento 1, OUT9, Página 4). Há laudo de outro médico, datado de 25/02/2026 indicando neuromodulação em frequência maior, 3 vezes por semana (Evento 62, ATESTMED2, Página 1). Na data de 20/05/2024, a parte autora solicitou ao Departamento de Gestão da Rede complementar de Saúde, e, obteve a negativa, sob a justificativa de que a FUMSSAR (Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa) não oferta esse tratamento (Evento 12, PET1, Página 2). Nesse contexto, a parte autora solicita o provimento jurisdicional para a realização das sessões de fisioterapia com neuromodulação conforme indicado.

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 (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).