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: 2° 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 Total (período de 6 meses)
Fisioterapia neurofuncional +tratamento neuromodulação	Sessões do	79	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 fisioterapa. 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 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).