Nota Técnica 511931

Data de conclusão: 12/05/2026 10:15:46

Paciente

Idade: 55 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Cacoal/RO

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Estadual

Vara/Serventia: 2º Juizado Especial de Cacoal

Tecnologia 511931

CID: Z74.0 - Mobilidade reduzida

Diagnóstico: mobilidade reduzida

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: atendimento em fisioterapia motora domiciliar

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: atendimento em fisioterapia motora domiciliar

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

Custo da Tecnologia

Tecnologia: atendimento em fisioterapia motora domiciliar

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: atendimento em fisioterapia motora domiciliar

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Foi realizada busca dirigida na literatura para identificar estudos comparativos entre intervenções fisioterapêuticas ou reabilitadoras realizadas em domicílio e intervenções comparáveis em centro, ambulatório ou hospital-dia de reabilitação. A questão central foi avaliar se, em paciente acamado, com sequela grave e crônica de TCE, sem deambulação e severamente dependente, a fisioterapia motora domiciliar produziria desfechos superiores aos da assistência em centro de reabilitação com transporte adaptado. A evidência direta para esse perfil é escassa e deriva majoritariamente de populações pós-AVE, que constituem evidência indireta por envolverem sequelas motoras de origem neurológica central, mas com limitações de aplicabilidade ao TCE crônico grave.

Em revisão sistemática com 11 ensaios randomizados em pacientes pós-AVE residentes na comunidade, os autores relataram vantagem da reabilitação domiciliar no curto prazo no Barthel Index; contudo, avaliações críticas externas apontaram limitações metodológicas relevantes, incluindo heterogeneidade, perdas de seguimento e problemas no agrupamento dos dados, recomendando cautela na interpretação [9]. Em lesão cerebral adquirida, revisão sistemática com 17 estudos, 15 deles em AVE, apontou desfechos pelo menos equivalentes para o cuidado domiciliar em comparação ao hospital-dia, sem demonstração robusta de superioridade e sem ensaios desenhados para isolar especificamente o efeito do local de tratamento em TCE [10]. A principal evidência direta em TCE provém de ensaio clínico randomizado com 62 adultos com TCE grave, recentemente egressos de reabilitação hospitalar e com marcha preservada (>1 m/s), perfil distinto do paciente em tela. O estudo comparou programa supervisionado em centro de condicionamento físico com programa domiciliar não supervisionado por 12 semanas, observando melhora em ambos os grupos, sem diferença estatisticamente significativa entre os formatos e com maior adesão no grupo tratado em centro [11].

Assim, a literatura disponível não demonstra, com evidência direta de alta certeza, superioridade da fisioterapia motora domiciliar sobre a fisioterapia em centro de reabilitação com transporte adaptado para pacientes acamados com sequela grave e crônica de TCE. No caso concreto, a indicação domiciliar sustenta-se principalmente por adequação clínica individual: dependência integral, necessidade de treino no ambiente real de execução das tarefas, orientação ao cuidador, redução da carga logística e prevenção de complicações associadas a transferências e transporte repetidos. Nesse perfil, a fisioterapia domiciliar pode ser considerada clinicamente preferível, mais por plausibilidade e adequação assistencial do

que por prova robusta de superioridade terapêutica em ensaios controlados.
A Atenção Domiciliar no SUS é regulamentada pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 5/2017, atualizada pelas Portarias GM/MS nº 3.005/2024 (que redefiniu o SAD/PMeC) e nº 8.102/2025 (regras de habilitação) [12,13]. Organiza-se em AD1, vinculada à APS, e AD2/AD3, operacionalizadas pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)/Programa Melhor em Casa (PMeC) por meio de Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e de Apoio (EMAP), para usuários que demandam cuidado multiprofissional intensificado e minimamente semanal. Uma vez que o perfil clínico do paciente não está no processo detalhadamente apresentado, não resta claro se estaria enquadrado em AD1 ou AD2.
Em situação de acompanhamento AD1, através da PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023, as equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti são alternativa para o acompanhamento fisioterapêutico para potencializar a assistência da estratégia saúde da família através de abordagem educativa ao paciente e familiares/cuidadores. E em situação de AD2, mediante aplicação do Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD) e elaboração de Plano Terapêutico Singular pela equipe; o programa institucionalmente desenhado para o caso é o PMeC com habilitação de EMAD Tipo 1, que comporta o fisioterapeuta diretamente na equipe domiciliar, eventualmente acompanhada de EMAP.
O profissional fisioterapeuta em casos como o da parte autora, tanto na modalidade oferecida através do SAD como do e-Multi, ensinam a família/cuidador a aplicar técnicas fisioterapêuticas em vários momentos do dia no paciente de maneira que o cuidado passa a ser potencializado ao ser feito de maneira regular e diariamente. Portanto, a principal estratégia assistencial é a educação em saúde, pois mediante orientações, a família passa a ser ainda mais protagonista do cuidado, contribuindo para o alívio de sintomas e melhorando a qualidade de vida do paciente.

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Fisioterapia domiciliar	Sessão de fisioterapia motora	156	R$ 220,00	R$ 34.320,00

A tabela acima foi elaborada de acordo com o orçamento de menor valor anexado ao processo, e corresponde a 12 meses de tratamento com 3 sessões de fisioterapia motora semanais (ID 135459151 - Pág. 2).
O atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras está disponível no SUS e conforme o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), apresenta um custo total de R$ 4,67. Este valor não representa os custos reais da realização do procedimento pelo prestador, mas indica que há previsão do procedimento pelo sistema público.
Ressalte-se, ademais, que a oferta institucional do cuidado domiciliar pelo SUS via SAD/PMeC conta com cofinanciamento federal regular, com impacto direto no custo municipal de provimento do serviço. Consulta ao CNES/DATASUS, nos estabelecimentos sob mantenedora “Prefeitura Municipal de Cacoal”, não identificou equipe EMAD/EMAP cadastrada com INE e habilitação vigente. Cacoal/RO, com 98.280 habitantes em 2025, segundo o IBGE, e com papel de pólo regional de saúde, atende, em tese, ao critério populacional para habilitação de uma EMAD Tipo 1, com possibilidade de EMAP. O programa conta com cofinanciamento federal regular: para municípios da Amazônia Legal, como os de Rondônia, a Portaria GM/MS nº 1.450/2023 prevê repasse mensal de R$ 84.500,00 por EMAD Tipo 1 e R$ 10.140,00 por

EMAP [14]. Não foi identificada rubrica estadual específica de cofinanciamento para o SAD/PMeC municipal em Rondônia. Há, ainda, a alternativa de cadastramento de eMulti na APS, arranjo que pode incluir fisioterapeuta para apoio multiprofissional às equipes de atenção primária no território, sem se confundir com o SAD/PMeC. O cofinanciamento federal mensal é de R$ 36.000,00 para eMulti Ampliada, R$ 24.000,00 para a Complementar e R$ 12.000,00 para a Estratégica, além do componente de desempenho. No caso de Cacoal/RO, o município foi credenciado para 1 eMulti Ampliada pela Portaria GM/MS nº 5.690/2024; contudo, não foi possível confirmar, neste levantamento, a efetiva implantação e funcionamento atual da equipe.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: manutenção funcional possível, prevenção de complicações do imobilismo e treino/orientação no ambiente real de cuidado, sem superioridade terapêutica direta sobre a fisioterapia em centro de reabilitação mas com menor carga logística ao paciente e cuidador.

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

Conclusão

Tecnologia: atendimento em fisioterapia motora domiciliar

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de paciente com sequela grave de traumatismo cranioencefálico decorrente de dois acidentes ocorridos em 2021, acamado, sem verbalização, com hemiparesia direita severa e dependência funcional integral para as atividades básicas de vida diária. A parte autora pleiteia o provimento, por via judicial, de fisioterapia motora domiciliar com frequência mínima de três sessões semanais.
Reconhece-se a importância de acompanhamento fisioterapêutico regular para o autor, considerando a gravidade das sequelas neurológicas e o risco de complicações do imobilismo. Contudo, os documentos apresentados não demonstram urgência clínica, instabilidade atual ou contra indicação objetiva ao transporte para centro de reabilitação. Também não constam informações sobre oxigenoterapia, traqueostomia, gastrostomia, lesões cutâneas avançadas, intercorrências recentes ou outra condição que torne o deslocamento clinicamente desaconselhável. Além disso, a evidência disponível não demonstra superioridade direta da fisioterapia domiciliar sobre a realizada em centro de reabilitação com transporte adaptado para pacientes com esse perfil. Os estudos são majoritariamente indiretos, derivados de populações pós-AVE, com limitações metodológicas; o único ensaio em TCE incluiu pacientes deambuladores e não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os formatos domiciliar e em centro.
Assim, recomenda-se que, neste momento, o acompanhamento fisioterapêutico seja realizado no Centro Especializado em Reabilitação CER II do município, com utilização do transporte acessível informado nos autos. Paralelamente, recomenda-se verificar a efetiva implantação das equipes eMulti no município, a fim de viabilizar, se possível e com a maior brevidade, a transição do cuidado para o domicílio, no âmbito da AD1, com apoio multiprofissional da APS.
O acompanhamento domiciliar desponta como alternativa clinicamente adequada e potencialmente mais vantajosa, por favorecer o cuidado no ambiente real, a orientação direta ao cuidador, o treino de posicionamento e transferências, a articulação com a Atenção Primária e a redução da carga logística associada aos deslocamentos repetidos.
Por fim, destacamos que a assistência fisioterapêutica tem caráter educativo para a família e cuidadores, portanto, não há obrigatoriedade de ser oferecida a frequência de 3 vezes na

semana, tampouco por tempo indeterminado. O serviço avaliará a necessidade do paciente e a disponibilidade de oferta do acompanhamento fisioterapêutico e orientará acerca de rotinas que deverão ser implementadas no cuidado do paciente diariamente.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com traumatismo cranioencefálico. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

2. Dewan MC, Rattani A, Gupta S, Baticulon RE, Hung YC, Punchak M, et al. Estimating the global incidence of traumatic brain injury. J Neurosurg. 2019;130(4):1080-97.

3. Maas AIR, Menon DK, Manley GT, Abrams M, Åkerlund C, Andelic N, et al. Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. Lancet Neurol. 2022;21(11):1004-60.

4. Magalhães ALG, Souza LC, Faleiro RM, Teixeira AL, Miranda AS. Epidemiologia do traumatismo cranioencefálico no Brasil. Rev Bras Neurol. 2017;53(2):15-22.

5. Wilson L, Stewart W, Dams-O'Connor K, Diaz-Arrastia R, Horton L, Menon DK, et al. The chronic and evolving neurological consequences of traumatic brain injury. Lancet Neurol. 2017;16(10):813-25.

6. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48(1):16-31.

7. Wall BT, Dirks ML, van Loon LJC. Skeletal muscle atrophy during short-term disuse: implications for age-related sarcopenia. Ageing Res Rev. 2013;12(4):898-906.

8. Turner-Stokes L, Pick A, Nair A, Disler PB, Wade DT. Multi-disciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(12):CD004170.

9. Hillier S, Inglis-Jassiem G. Rehabilitation for community-dwelling people with stroke: home or centre based? A systematic review. Int J Stroke. 2010;5(3):178-86.

10. Doig E, Fleming J, Kuipers P, Cornwell PL. Comparison of rehabilitation outcomes in day hospital and home settings for people with acquired brain injury: a systematic review. Disabil Rehabil. 2010;32(25):2061-77.

11. Hassett LM, Moseley AM, Tate R, Harmer AR, Fairbairn TJ, Leung J. Efficacy of a fitness centre-based exercise programme compared with a home-based exercise programme in traumatic brain injury: a randomized controlled trial. J Rehabil Med.

2009;41(4):247-55.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Diário Oficial da União. 5 jan 2024.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 8.102, de 12 de setembro de 2025. Altera dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, 3, 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, relativos à habilitação e homologação de habilitações de estabelecimentos e equipes de saúde. Diário Oficial da União. 16 set 2025.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.450, de 29 de setembro de 2023 (republicada). Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os valores do incentivo financeiro de custeio para a manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), acrescido de 30% aos municípios que compõem a Amazônia Legal. Diário Oficial da União. 27 out 2023.

NatJus Responsável: RO - Rondônia

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico anexado ao processo, o autor apresenta sequela grave de traumatismo cranioencefálico decorrente de dois acidentes ocorridos em 2021. Encontra-se acamado, não verbaliza, apresenta força muscular extremamente diminuída à direita, não deambula e depende de cadeira de rodas para locomoção, permanecendo a maior parte do dia em postura sentada ou em decúbito; é incapaz de executar exercícios terapêuticos básicos sem assistência profissional (ID 135455250 - Pág. 1 e 2). Consta, ainda, encaminhamento datado de 25/03/2026, solicitando fisioterapia motora três vezes por semana, preferencialmente em domicílio (ID 135455243 - Pág. 1). Por fim, há declaração do centro especializado em reabilitação informando que o serviço dispõe de van com acessibilidade para locomoção dos pacientes, mas não oferta fisioterapia domiciliar (ID 135455244 - Pág. 1).
Não constam informações adicionais sobre comorbidades e medicações em uso, escalas neurofuncionais validadas, gradação de espasticidade, presença de traqueostomia/gastrostomia/sonda enteral, lesões cutâneas ou histórico de reabilitação prévia.
Nesse contexto, a parte autora pleiteia o provimento judicial de fisioterapia motora domiciliar, com frequência mínima de três vezes por semana, objeto desta nota técnica.
O traumatismo cranioencefálico (TCE) é definido como alteração da função cerebral ou evidência de patologia cerebral causada por força externa, sendo classificado em leve, moderado ou grave conforme a pontuação inicial na Escala de Coma de Glasgow (13–15, 9–12 e 3–8, respectivamente). Suas etiologias mais frequentes incluem acidentes de transporte terrestre, quedas, agressões interpessoais e ferimentos por projétil de arma de fogo [1]. Trata-se de uma das principais causas globais de morbimortalidade e incapacidade adquirida em adultos jovens, com estimativa de aproximadamente 69 milhões de novos casos anuais no mundo e maior carga proporcional em países de baixa e média renda [2,3]. No Brasil, é causa relevante de internação hospitalar e mortalidade por trauma, com predominância em homens

jovens e forte associação com acidentes de trânsito [1,4].

O TCE é compreendido contemporaneamente como condição cronicamente evolutiva, cujas consequências neurofuncionais podem persistir por anos ou décadas após o evento agudo, com possibilidade de melhora ou deterioração funcional ao longo do tempo e elevação sustentada da mortalidade por todas as causas [5]. Nas formas graves, é frequente a evolução com sequelas persistentes, incluindo déficits motores (hemiparesia, espasticidade, alterações de marcha), distúrbios da comunicação, alterações cognitivo-comportamentais e dependência funcional para atividades básicas de vida diária [1,5]. Em pacientes com mobilidade severamente restrita, somam-se complicações secundárias ao imobilismo — notadamente atrofia muscular por desuso (sarcopenia secundária, no sentido fisiopatológico geral), contraturas, úlceras por pressão e eventos tromboembólicos venosos —, com a depleção de massa magra associada a aumento de morbimortalidade [6,7].

Nesse contexto, a fisioterapia motora, integrada à reabilitação multidisciplinar, constitui intervenção estabelecida para a preservação do trofismo muscular, a manutenção das amplitudes articulares, a prevenção de complicações secundárias e a otimização da funcionalidade residual em pacientes com sequelas de lesão cerebral adquirida, incluindo TCE [1,8].