Nota Técnica 582306

Data de conclusão: 05/10/2026 19:44:23

Paciente

Idade: 54 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Estância Velha/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 5ª Vara Federal de Porto Alegre.

Tecnologia 582306

CID: D33.3 - Neoplasia benigna dos nervos cranianos

Diagnóstico: Tumor em ângulo pontocerebelar, provável schwannoma.

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

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Microcirurgia para tumor intracraniano

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Microcirurgia para tumor intracraniano

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: Cirurgia sem neuromonitorização.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Microcirurgia para tumor intracraniano

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Microcirurgia para tumor intracraniano

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Efetividade, eficácia e segurança:

Diferentes técnicas de monitoramento neurofisiológico intraoperatório avaliam a função do cérebro, tronco cerebral, medula espinhal, nervos cranianos e nervos periféricos durante o procedimento. Essa monitorização tem como objetivos a detecção e prevenção de insultos neurológicos (5). Não foram localizados ensaios clínicos randomizados avaliando esta tecnologia em cirurgias para tumores intracranianos.

Em um estudo observacional, coorte retrospectiva, que incluiu 856 pacientes com glioma submetidos à ressecção do tumor, foram avaliados resultados funcionais e de sobrevida em longo prazo de pacientes após o uso de monitoramento neurofisiológico intraoperatório (6). O desfecho primário medido foi a sobrevida global (SG), e o desfecho secundário medido foi a taxa de déficits neurológicos tardios. Os pacientes foram divididos em duas coortes: submetidos a monitorização (n=439) e não submetidos a monitorização (n=417), sendo que as características destes dois grupos foram bem equilibradas no início do estudo. Após análise multivariada a monitorização foi associada a maior sobrevida global no grupo que realizou monitorização (OR ajustado 0,77; IC95% 0,60 a 0,99; P=0,04). Além disso, o grupo monitorizado mostrou uma taxa mais baixa de déficits neurológicos com menor chance de disfunção neurológica tardia (OR ajustado 0,58; IC95% 035 a 0,97; P=0,039).

Em um outro cenário clínico, clipagem de aneurisma cerebral, esta técnica foi avaliada em uma revisão sistemática com metanálise (7). Foram selecionados e incluídos quatro estudos (incluindo 873 pacientes). Novamente, os pacientes submetidos a monitorização apresentaram menor chance de déficit neurológico novo do que aqueles operados sem a monitorização (P=0,04), com a tendência de este achado se manter em longo prazo (P=0,05).

Uma segunda revisão sistemática avaliou a monitorização em pacientes com glioma de alto grau (um tumor maligno do sistema nervoso central) (8). A revisão de 2.049 artigos levou à inclusão de 53 estudos na análise, incluindo 9.102 pacientes. A mediana de sobrevida global após a cirurgia no grupo monitorizado foi significativamente maior (16,8 versus 12,0 meses; P<0,001) e a taxa de complicações foi significativamente menor (13 versus 21%; P<0,001). Além disso, a porcentagem de pacientes nos quais foi possível uma ressecção mais ampla foi

maior no grupo monitorizado: 79,1% versus 47,7%, P<0,0001).

Especificamente sobre schwannoma vestibular, o Congresso de Neurocirurgiões (Congress of Neurological Surgeons, CNS) publicou recentemente revisão sistemática e atualização de diretriz recomendando o uso de monitorização transoperatória nesses casos, especialmente relacionada à monitorização do nervo facial (9).

Em 2024, a CONITEC publicou relatório de recomendação (4) que incluiu a análise de 22 estudos observacionais avaliando a monitorização intraoperatória neurofisiológica (MION) em pacientes submetidos à ressecção de tumores do ângulo pontocerebelar. De modo geral, os estudos sugeriram que a utilização da MION está associada à redução da ocorrência de novos déficits neurológicos pós-operatórios e à possibilidade de maior extensão da ressecção tumoral, especialmente por permitir a identificação precoce de alterações funcionais durante a manipulação de estruturas neurais críticas. Entretanto, a evidência disponível apresentou importantes limitações metodológicas, relacionadas principalmente à natureza observacional dos estudos, heterogeneidade das técnicas de monitorização e ausência de comparações randomizadas, resultando em certeza muito baixa da evidência para os desfechos de eficácia. Apesar dessas limitações, a CONITEC considerou que o conjunto das evidências demonstrava benefícios clínicos relevantes e, em sua deliberação final, classificou a MION como uma técnica eficaz e segura para pacientes com tumores cerebelopontinos submetidos à exérese com alto risco de sequelas neurológicas.

Custo:

O procedimento foi orçado no valor de R$ 8.000,00 (Evento 1, ORÇAM11). Não foram encontradas informações referentes ao custo da execução na tabela Sigtap. Por não se tratar de um produto, em consulta ao Banco de Preços em Saúde de registros de aquisição pela Administração Pública também não foram encontrados resultados.

Na avaliação econômica realizada pela CONITEC, a monitorização intraoperatória neurofisiológica (MION) foi comparada à cirurgia sem monitorização, considerando como desfecho a preservação da função do nervo auditivo. A utilização da MION resultou em incremento de efetividade de aproximadamente 0,088, associado a um custo incremental de R$ 4.207,30 por paciente, resultando em uma razão de custo-efetividade incremental (RCEI) de R$ 47.810,23. Embora a RCEI tenha sido superior ao limiar geral de referência de R$ 40.000 adotado pela CONITEC, o relatório considerou que esse valor poderia ser aceitável no contexto de uma condição rara e diante da possibilidade de prevenção de sequelas neurológicas permanentes (4).

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Minimização dos riscos de déficits neurológicos secundários à cirurgia.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Recomendada

Conclusão

Tecnologia: Microcirurgia para tumor intracraniano

Conclusão Justificada: Favorável

Conclusão: Apesar de não haver ensaios clínicos avaliando a intervenção pleiteada, há estudos observacionais apontando para benefício e principalmente diminuição de complicações nos pacientes submetidos a monitoramento neurofisiológico intraoperatório em neurocirurgias por diferentes doenças.

Além disso, a tecnologia foi formalmente avaliada pela CONITEC, que recomendou sua incorporação ao SUS para a condição clínica da parte autora. Ressalta-se que a respectiva portaria de incorporação foi publicada há mais de 180 dias; entretanto, até o momento, não houve criação de código específico para o procedimento nem conclusão das demais pactuações necessárias à sua efetiva implementação, de modo que a tecnologia ainda não se encontra plenamente disponível no SUS. Nesse contexto, considerando a recomendação favorável de incorporação e a ausência de acesso efetivo à tecnologia pela rede pública, justifica-se o parecer favorável ao provimento jurisdicional para o caso em tela.

Há evidências científicas? Sim

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

Referências bibliográficas:

1. Wong ET, Wu JK. Overview of the clinical features and diagnosis of brain tumors in adults. UpToDate, 2021. Topic 5180. Version 33.0.

2. Park JK, Shih HA. Management of known or presumed benign (WHO grade I) meningioma. UpToDate, 2021. Topic 5230. Version 22.0.

3. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. Portaria SECTIS/MS nº 15, de 18 de abril de 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2024/portaria-sectics-ms-no-15-de-18-de-abril-de-2024/@@display-file/file

4. CONITEC. Relatório de Recomendação nº 887. Monitorização Intraoperatória Neurofisiológica para pacientes com tumor cerebelopontino submetidos à cirurgia de exérese tumoral com alto risco de sequelas neurológicas. Março de 2024. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2024/monitorizacao-intraoperatoria-neurofisiologica-para-pacientes-com-tumor-cerebelopontino-submetidos-a-cirurgia-de-exerese-tumoral-com-alto-risco-de-sequelas-neurologicas/@@display-file/file

5. Ghatol D, Widrich J. Intraoperative Neurophysiological Monitoring. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK563203/

6. Zhang N, Yu Z, Hameed NUF, Xu G, Song Y, Wu B, Zhang J, Qiu T, Zhuang D, Lu J, Wu J. Long-Term Functional and Oncologic Outcomes of Glioma Surgery with and without Intraoperative Neurophysiologic Monitoring: A Retrospective Cohort Study in a Single Center. World Neurosurg. 2018 Nov;119:e94-e105.

7. Nasi D, Meletti S, Tramontano V, Pavesi G. Intraoperative neurophysiological monitoring in aneurysm clipping: Does it make a difference? A systematic review and meta-analysis. Clin Neurol Neurosurg 2020 Sep;196:105954.

8. Gerritsen JKW, Arends L, Klimek M, Dirven CMF, Vincent AJE. Impact of intraoperative stimulation mapping on high-grade glioma surgery outcome: a meta-analysis. Acta Neurochir (2019) 161:99–107.

9. Patel NS, Carlson ML, Sughrue ME, Olson JJ. Congress of Neurological Surgeons Systematic Review and Evidence-Based Guidelines Update for the Role of Intraoperative Cranial Nerve Monitoring in the Management of Patients With Vestibular Schwannomas. Neurosurgery. 2026 Feb 1;98(2):288-292

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: De acordo com os documentos apresentados pela parte autora, trata-se de paciente masculino, de 53 anos, com diagnóstico de tumor em ângulo pontocerebelar, provável schwannoma (CID10: D33.3). De acordo com encaminhamento médico datado de 01/09/2025 (Evento 1, PRONT7), o paciente procurou atendimento por tonturas, recorrentes, desequilíbrio e cefaléia. Após avaliação de exame de imagem, foi encaminhado com urgência para especialidade de neurocirurgia e otorrinolaringologia para avaliação de abordagem cirúrgica. Ressonância magnética realizada em 11/08/2025 (Evento 1, EXMMED6) demonstrou presença de lesão expansiva no ângulo pontocerebelar direito, medindo 2,1 x 1,8cm, predominantemente sólida e com intenso realce pelo meio de contraste, compatível com schwannoma vestibular. Nova ressonância realizada em 02/07/2026 relata aparente aumento das dimensões da lesão expansiva previamente descrita, medindo 2,5 x 2,2 cm (Evento 1, EXMMED8). Em declaração de 20/07/2026 (Evento 1, LAUDO9) é descrito que paciente é portador de tumor intracraniano com risco de sequelas neurológicas e que apresenta riscos pela progressão da doença como paralisia facial, disfonia, disfagia, tontura, perda de equilíbrio, dificuldade para andar, dificuldade respiratória e coma. Ainda, afirma-se que a intervenção cirúrgica também apresenta riscos de sequela, sendo indicada a monitorização neurofisiológica transoperatória para auxiliar a equipe cirúrgica durante o procedimento e minimizar o risco de sequela neurológica pós-operatória. No mesmo documento, também é relatado que necessita realizar o procedimento de forma urgente por ser doença de crescimento progressivo. Há nos autos declaração da Secretaria Municipal de Estância Velha de 23/07/2026 afirmando não ser possível autorizar ou custear a monitorização transoperatória, pois o procedimento não integra a oferta disponibilizada pela rede SUS sob gestão do município. Neste contexto, pleiteia o provimento jurisdicional para realização de monitorização neurofisiológica transoperatória.

Os tumores cerebrais são um grupo diverso de neoplasias que surgem de diferentes células do sistema nervoso central (SNC) ou de cânceres sistêmicos que metastatizam para o SNC. Os cânceres sistêmicos com maior probabilidade de metástase para o SNC incluem câncer de pulmão, melanoma e câncer de mama. Os tumores cerebrais primários incluem vários tipos

histológicos com taxas de crescimento tumorais marcadamente diferentes, podendo ser malignos ou benignos. Os tumores cerebrais podem produzir sintomas e sinais por invasão local do cérebro, compressão de estruturas adjacentes e aumento da pressão intracraniana. Além da histologia do tumor, as manifestações clínicas são determinadas pela função das áreas cerebrais envolvidas. A avaliação adequada do paciente com suspeita de tumor cerebral requer uma história detalhada, exame neurológico abrangente e estudos de neuroimagem diagnósticos apropriados (1).

Mesmo os tumores benignos, quando sintomáticos e a depender da sua localização, podem necessitar de tratamento cirúrgico. Esta abordagem requer um equilíbrio entre os benefícios da cirurgia e a prevenção de danos neurológicos decorrentes do tratamento. Fatores específicos do paciente (presença ou ausência de sintomas, idade, comorbidades) e a localização do tumor em relação às estruturas e regiões cerebrais críticas são todos fatores importantes na determinação do tratamento ideal (2). Vários avanços em neurocirurgia, incluindo microcirurgia, imagens pré-operatórias aprimoradas e a tecnologia pleiteada no processo (monitorização neurofisiológica intraoperatória) tem o potencial de permitir a ressecção de lesões e minimizar os danos ao cérebro normal (2).