

NOTA TÉCNICA: 7660**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO****CÂMARA/VARA:** VARA UNICA**COMARCA:** Itapajipe**I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:****IDADE:** 04 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Programa de terapia intensiva, por meio do protocolo pediasuit associado ao bobath, estimulação elétrica funcional (fes), integração sensorial associada ao bobath (bobath, 1998) e estimulação visual, sistema de comunicação por troca de figuras (PECS)®, reabilitação das funções orofaciais baseadas na eletroestimulação e laserterapia, de acordo com a prescrição médica, ou outro tratamento multidisciplinar oferecido pelo sus com a mesma eficácia devidamente comprovada.

DOENÇA(S) INFORMADA(S):**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Paralisia cerebral**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRM-91838**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2025.0007660**II – PERGUNTAS DO JUÍZO:**

Solicitação de NOTA TÉCNICA bem como ATA DE REGISTRO DE PRE-
ÇO em vigor para aquisição do tratamento objeto dos autos.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

CONCLUSÃO E CONDUTAS MULTIDISCIPLINARES:

Diante do exposto e preocupada com a piora do quadro global da criança, principalmente com a instalação de deficiências secundárias (encurtamentos e deformidades), considerando as posturas e posicionamentos atípicos que apresenta, indicamos, em caráter de **URGÊNCIA: Programa de TERAPIA INTENSIVA, por meio do Protocolo PEDIASUIT associado ao BOBATH, ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA FUNCIONAL (FES), INTEGRAÇÃO SENSORIAL ASSOCIADA AO BOBATH (BOBATH, 1998) E ESTIMULAÇÃO VISUAL, SISTEMA DE COMUNICAÇÃO POR TROCA DE FIGURAS (PECS)®, REABILITAÇÃO DAS FUNÇÕES OROFACIAIS BASEADAS NA ELETROESTIMULAÇÃO E LASERTERAPIA.**

Terapia Intensiva - Protocolo Pediasuit (ANVISA 81265770001- PEDIASUIT; 30/12/2015).

O conceito Pediasuit evidencia o desenvolvimento global de crianças e adultos com distúrbios neurológicos visando o ganho de atividades funcionais e posturais. Os exercícios são associados ao uso de um macacão terapêutico ortopédico que irá promover um ajuste biomecânico e um aumento da propriocepção na criança.

O exoesqueleto produzido pelo macacão terapêutico ortopédico aumenta significativamente os efeitos na habilidade do paciente em executar novos planejamentos motores. Tal roupa combinada com a repetição dos exercícios tem a habilidade de reforçar os padrões corretos de movimentos, fazendo com que a criança aprenda esses novos padrões e ganhe força muscular ao mesmo tempo. Seu componente locomotor neurológico associado ao treinamento de força muscular torna o Pediasuit ideal para o tratamento de distúrbios neuromotores.

Ainda associado a tudo isso, utilizamos a "gaiola" que é uma estrutura de metal tridimensional na qual a criança será conectada por cabos elásticos e desta forma, consegue aprender seguramente a fazer transferência de peso, saltar, ajoelhar, subir e descer degraus, etc...

A realização dos intensivos e manutenções integrantes do protocolo, fica a cargo da orientação, prescrição e execução do profissional responsável pelo início do tratamento, visto que a proposta de abordagem do paciente leva em conta o programa na sua totalidade, não sendo possível ministrar somente os intensivos ou promover somente as manutenções.

Para acessar os Artigos científicos que embasam a metodologia, entrar em pediasuitbrasil.com.br.

Associado ao protocolo é utilizado o **conceito Neuroevolutivo BOBATH (BOBATH, 1998⁷)**, que visa preparar o paciente para executar atividades funcionais, tentando torná-lo o mais independente possível, de acordo com suas potencialidades. É uma forma de tratamento global, mas se adequa às necessidades individuais. Nele o paciente recebe experiência sensorio-motora, que pela repetição e integração em suas atividades de vida diária geram o aprendizado

A ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA FUNCIONAL (FES) (CHAE et al., 1998⁸; OSHIRO et al., 2012⁹; SOUZA, MARILHA ALVES et al., 2019¹⁰)

Tem por objetivo estimular o fortalecimento muscular por meio de pulsos elétricos inseridos no músculo afetado de forma não invasiva através de eletrodos de superfície geradores de contração. Com isso, seus principais resultados consistem em reduzir a espasticidade, melhorar amplitude de movimento (ADM) e estimular reflexos essenciais à organização da atividade motora.

A **INTEGRAÇÃO SENSORIAL** é um processo neurobiológico que interpreta e organiza os estímulos sensoriais do meio ambiente, proporcionando assim uma resposta adaptativa adequada (SHIMIZU, MIRANDA, 2012¹¹; AYRES, 1974¹²; AYRES, 1972¹³). O tratamento das crianças com paralisia cerebral tem como principal objetivo levar ao Sistema Nervoso Central a maior quantidade de informações sensoriais, exteroceptivas e proprioceptivas.

Olfato, paladar, audição, visão, tato, proprioceptivo e vestibular, são os sete sistemas responsáveis em transmitir informações sensoriais aos seres humanos. O sistema vestibular é o responsável por informar ao cérebro os movimentos e posições da cabeça no espaço. A propriocepção é sobre a posição das articulações do corpo, o que permite a estabilidade articular, senso de direção e movimentos rítmicos. Já os sistemas táteis e visuais, permitem enviar ao cérebro informações do ambiente e executar ações com base nelas (MENDES, COSTA, 2017¹⁴).

No que se refere a **ESTIMULAÇÃO VISUAL**, Alves, de Sousa e Gagliardo (2014¹⁵) referem que comportamentos neuropsicomotores relacionados à coordenação da criança cega, ou com baixa visão, são os mais comprometidos, visto que a coordenação olho-mão, que compreende a integração da visão com as ações motoras manipulativas, não estará presente na criança cega, dificultando o alcance, a localização e a manipulação de objetos. As mãos das crianças cegas devem realizar a dupla tarefa de desempenho e de percepção. Através da coordenação de ambas as mãos, é possível localizar, reconhecer, capturar, tirar, colocar, abrir, fechar e empilhar objetos. Além do tato, é importante que a criança cega também explore o universo que a cerca com os sentidos remanescentes (olfato, audição, gustação).

O **PROTOCOLO DE ENSINO DO PECS** é baseado no livro de B.F. Skinner, Comportamento Verbal, e análise de comportamento aplicada do amplo espectro. Estratégias específicas de estímulo e reforço que levarão à comunicação independente são usadas em todo o protocolo. O protocolo também inclui procedimentos sistemáticos de correção de erros para promover a aprendizagem se o erro ocorrer. Dicas verbais não são usadas, construindo iniciação imediata e evitando dependência.

Trata-se paciente nascido em 27/08/2020 portador de encefalopatia infantil crônica totalmente dependente para as atividades da vida diária, solicita terapias. O tratamento do quadro clínico apresentado pelo paciente, envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas que objetivam, principalmente, o alívio dos sinais e sintomas, a melhora da qualidade de vida, a diminuição da progressão da disfunção existente, a humanização da assistência, a redução da demanda de assistência hospitalar, e a conseqüente redução da mortalidade. Ações complementares à equipe da saúde da família, são realizadas na atenção básica, pela EMAD e/ou NASF. As diferentes abordagens terapêuticas são adotadas em conformidade com o estágio evolutivo de cada quadro. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF). A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. A equipe multiprofissional deve oferecer apoio à atenção domiciliar, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Sua composição mínima deverá conter três profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações: Assistente social; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Odontólogo; Psicólogo; Farmacêutico; e Terapeuta ocupacional. Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o Programa Melhor em Casa indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, e necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentem com algum grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considera-

da a oferta mais oportuna para o tratamento, a palição, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação de autonomia do usuário (paciente), família e cuidador. A inclusão no Programa, se faz pela procura do usuário/cuidador à unidade de saúde, que dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento dos insumos. Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. A diferença entre as EMAD's e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional. O cuidado é organizado/realizado através de três modalidades assistenciais: Atenção Domiciliar 1 - AD1, AD2 e AD3. A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. A atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos, constitui uma atividade principal a ser realizada na atenção básica, para atender às pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem aos serviços de saúde, temporária ou permanentemente. O processo de AD é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde. "A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A prestação da assistência à saúde nessa modalidade é de responsabilidade das equipes

de atenção básica (UBS/ESF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Essas equipes são apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatórios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016)".³ “A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações tais como usuários com demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido (BRASIL, 2016)".³ “A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a existência de pelo menos uma das situa-

ções admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; 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), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016). Nas modalidades AD2 e AD3, deve estar garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD, já na modalidade AD1, a responsabilidade é da equipe da unidade de saúde/ ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)".³

Componente Básico: Os medicamentos do componente básico de assistência farmacêutica (CBAF), são aqueles destinados à Atenção Primária à Saúde. São adquiridos pelo Governo do Estado com recurso tripartite - federal, estadual e municipal, e distribuídos para os municípios. O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Farmácias Comunitárias ou unidades da Farmácia de Minas. A dispensação desse grupo de medicamentos é responsabilidade dos municípios. **Componente Especializado:** Os medicamentos do componente especializado de assistência farmacêutica (CEAF), visam garantir no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado, com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, e cujo fornecimento ao paciente é responsabilidade essencialmente do Estado. O acesso aos medicamentos do Componente Especializado, os quais fornecidos através de protocolo, ocorre nas 28 Farmácias das Regionais de Saúde, mediante deferimento de processo administrativo de solicitação de medicamento.

Terapias solicitadas

PediaSuit

✓ Método estudado inicialmente na Polônia, na década de 1970, diante do ocorrido com astronautas russos após passarem mais de 300 dias no espaço, que evoluíram com perda de força muscular devido à falta de gravidade. Em 1971, o programa espacial da Rússia desenvolveu o “terno de pinguim”, usado pelos astronautas em voos espaciais para neutralizar os efeitos nocivos da ausência de gravidade e hipocinética sobre o corpo. Isto posto, pode-se concluir que:

a) No momento, não há parâmetros que demonstrem a superioridade do uso de vestimentas especiais coadjuvantes a métodos fisioterápicos intensivos.

b) Contraindicações ao uso das vestimentas incluem: escoliose grave, subluxação do quadril, espasticidade com contraturas ou outras deformidades associadas nos joelhos e pés, epilepsia, distrofias musculares, e distúrbios cardíacos.

c) O PediaSuit deve ser utilizado apenas em condições clínicas específicas, segundo avaliação, indicação e prescrição médica. **Em suma, pode-se concluir que, no momento, não há parâmetros de superioridade do uso de métodos fisioterápicos que utilizam vestimentas especiais.** A prescrição médica pode restringir-se à solicitação de fisioterapia intensiva, cabendo ao médico identificar seus riscos e benefícios.

TheraSuit®

A metodologia TheraSuit®, assim como outras metodologias de terapia intensiva, mostram-se como estratégias promissoras que ainda necessitam de maiores estudos, **não sendo possível, até o momento, afirmar que produzam ou não desfechos clínicos superiores a curto e longo prazo para indivíduos com défices neurológicos.** O método TheraSuit® está

vinculado a uma marca comercial, consiste em um programa de exercícios sob proteção patentária produzido nos Estados Unidos da América, que utiliza a órtese TheraSuit® e outros equipamentos. O método foi desenvolvido em 2002 em Michigan/EUA, pelo casal Richard e Izabela Koscielny (fisioterapeutas e pais de uma criança com paralisia cerebral). O método utiliza de uma órtese (veste TheraSuit®), a qual é uma modificação de uma vestimenta de astronauta desenvolvida pelos russos em 1970, que tinha a finalidade de diminuir a perda de massa óssea e muscular. O método TheraSuit® tem sido proposto como uma alternativa à fisioterapia convencional, caracteriza-se por utilizar um programa de fisioterapia intensiva, com três horas de exercícios por dia, cinco dias por semana com duração de 3 a 4 semanas, a um custo de USD 1.650,00/semana. O método tem indicações variadas, desde paralisia cerebral, atrasos no desenvolvimento, lesão cerebral traumática, pós acidente vascular cerebral, ataxia (perda do controle muscular durante movimentos voluntários), atetose (movimentos involuntários anormais) e espasticidade, podendo ser aplicado tanto em bebês quanto em pacientes adultos. “Segundo o fabricante, TheraSuit LLC, a vestimenta consiste em uma órtese leve e dinâmica que contém: uma touca, uma veste (composta por um short e um colete), joelheiras e conexões com o tênis. Todos os componentes estão conectados uns aos outros por um sistema de cordas elásticas. Tem o objetivo de melhorar a propriocepção, descrita por Martimbianco et al. (2008) 4/11 como a aferência dada ao sistema nervoso central pelos diversos tipos de receptores sensoriais presentes em várias estruturas. Trata-se do input sensorial dos receptores dos fusos musculares, tendões e articulações para discriminar a posição e o movimento articular, inclusive a direção, a amplitude e a velocidade, bem como a tensão relativa sobre os tendões”³.

TheraSuit®

A metodologia TheraSuit®, assim como outras metodologias de terapia

intensiva, mostram-se como estratégias promissoras que ainda necessitam de maiores estudos, **não sendo possível, até o momento, afirmar que produzam ou não desfechos clínicos superiores a curto e longo prazo para indivíduos com défices neurológicos.** O método TheraSuit® está vinculado a uma marca comercial, consiste em um programa de exercícios sob proteção patentária produzido nos Estados Unidos da América, que utiliza a órtese TheraSuit® e outros equipamentos. O método foi desenvolvido em 2002 em Michigan/EUA, pelo casal Richard e Izabela Koscielny (fisioterapeutas e pais de uma criança com paralisia cerebral). O método utiliza de uma órtese (veste TheraSuit®), a qual é uma modificação de uma vestimenta de astronauta desenvolvida pelos russos em 1970, que tinha a finalidade de diminuir a perda de massa óssea e muscular. O método TheraSuit® tem sido proposto como uma alternativa à fisioterapia convencional, caracteriza-se por utilizar um programa de fisioterapia intensiva, com três horas de exercícios por dia, cinco dias por semana com duração de 3 a 4 semanas, a um custo de USD 1.650,00/semana. O método tem indicações variadas, desde paralisia cerebral, atrasos no desenvolvimento, lesão cerebral traumática, pós acidente vascular cerebral, ataxia (perda do controle muscular durante movimentos voluntários), atetose (movimentos involuntários anormais) e espasticidade, podendo ser aplicado tanto em bebês quanto em pacientes adultos. “Segundo o fabricante, TheraSuit LLC, a vestimenta consiste em uma órtese leve e dinâmica que contém: uma touca, uma veste (composta por um short e um colete), joelheiras e conexões com o tênis. Todos os componentes estão conectados uns aos outros por um sistema de cordas elásticas. Tem o objetivo de melhorar a propriocepção, descrita por Martimbianco et al. (2008) 4/11 como a aferência dada ao sistema nervoso central pelos diversos tipos de receptores sensoriais presentes em várias estruturas. Trata-se do input sensorial dos receptores dos fusos musculares, tendões e articulações para discriminar a posição e o movimento articular, inclusive a direção, a amplitude e a velocidade, bem como a tensão relativa sobre os tendões”³.

MÉTODO Bobath

Dados de literatura **Bobath Therapy for Patients with Neurological Conditions: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines**

Uma revisão sistemática e quatro ensaios clínicos randomizados sobre a eficácia clínica da terapia Bobath para o tratamento de pacientes com condições neurológicas foram incluídos nesta revisão.

No geral, a evidência sugere que a terapia Bobath é mais eficaz do que nenhuma terapia para o tratamento de adultos com doenças neurológicas. Quando comparada com outras terapias baseadas na reabilitação física, os estudos nesta revisão mostraram que a terapia Bobath foi tão eficaz quanto outras terapias para o tratamento do funcionamento físico, equilíbrio e estabilidade. Para a atividade funcional, estudos mostraram que a terapia de Bobath foi tão ou menos eficaz do que outros comparadores de fisioterapia. Os resultados geralmente sugerem que a terapia Bobath não foi mais eficaz do que outros tipos de fisioterapia para o tratamento de condições neurológicas. Isso é consistente com a evidência de uma revisão sistemática anterior de 16 estudos, que concluiu que o conceito de Bobath não era superior a outras formas de reabilitação física.

Os estudos incluídos eram de qualidade moderada e estavam sujeitos a algumas limitações. Existe uma limitação importante no que diz respeito à generalização limitada dos resultados. Os pacientes examinados nos estudos incluídos deveriam ter um nível básico de função física e cognitiva que permitisse a compreensão do protocolo de tratamento e a participação em exercícios físicos. Cada RCT indicava a exclusão de pacientes que não atendiam a esses critérios de elegibilidade. Portanto, não se sabe como os pacientes com deficiências mais graves devido ao AVC teriam um benefício com o tratamento com a terapia de Bobath. Uma limitação adicional com respeito à generalização é que existem muitas con-

dições neurológicas, no entanto, apenas estudos examinando AVC foram identificados para inclusão neste relatório. Esta revisão não fornece uma visão sobre a eficácia da terapia Bobath para o tratamento de outras condições neurológicas

Esta revisão não encontrou evidências que sugiram que a terapia Bobath difere de outras terapias físicas. Os autores da revisão sistemática concluíram que a terapia Bobath foi mais eficaz do que nenhuma terapia, mas não diferiu de outras terapias no que diz respeito ao tratamento da atividade e deficiência dos membros superiores. A terapia Bobath teve um efeito negativo significativo na meta-análise em comparação com o usual cuidados, levando-os a concluir que havia evidências suficientes para desencorajar o uso rotineiro na prática clínica. Os autores da revisão encontraram um efeito positivo a favor da terapia Bobath em comparação com nenhuma reabilitação, o que eles interpretaram como significando que algum tipo de reabilitação é mais eficaz do que não fazer qualquer reabilitação física. Mais pesquisas abordando o uso de Bobath para outros pacientes que experimentaram deficiências graves devido a acidente vascular cerebral ou outras condições neurológicas são necessárias para determinar sua eficácia nessas populações. Evidências de custo-efetividade não foram identificadas nesta revisão e nenhuma orientação baseada em evidências foi identificada para informar as melhores práticas.

ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA FUNCIONAL

A FES é uma técnica de abordagem e tratamento de distúrbios neuropsiquiátricos que permite a exploração, ativação ou inibição das funções cerebrais de forma segura, específica, não invasiva e indolor. Utiliza equipamento capaz de produzir um campo eletromagnético, da ordem de 2 teslas (40.000 vezes o campo magnético da terra), que é conduzido através de uma bobina e aplicado diretamente sobre a pele. As indicações aprovadas pelo CFM na psiquiatria são: depressão uni e bipolar e alucinações auditivas nas esquizofrenias. Informou, ainda, que a frequência determina a ação do córtex cerebral. A alta frequência aumenta a excitabilidade, quanto que a baixa, diminui a excitabilidade neuronal. Protocolos que utilizam a frequência acima de 5Hz permitem uma liberação de

serotonina, noradrenalina e dopamina, enquanto que a frequência de 1Hz promove a inibição da saída do neurotransmissor glutamato. É possível, em uma mesma sessão, liberar um neurotransmissor e impedir a saída do outro. O uso na clínica se iniciou em 1990 para alívio dos sintomas parkinsonianos e melhora no humor em pacientes com depressão. Foi aprovada no Canadá há 15 anos, EUA, há 8 anos. Final do ano passado, o NICE aprovou a sua utilização na Inglaterra para a depressão. Em 2012 saiu a primeira resolução do Conselho Federal de Medicina. Na psiquiatria aventou-se a possibilidade da EMT substituir a ECT uma vez que o procedimento causa menos efeito colateral, sem déficit de memória e ainda poderia ser realizado sem anestesia. Entretanto, constatou-se que sua eficácia era pior que a ECT. Observou-se que há resultados diferentes para diferentes indicações. Adicionalmente, destacou a recaída em até 6 meses após o término das sessões de EMT. Não há contraindicações, exceto a presença de objetos metálicos no cérebro, implante coclear e marca passos antigos fabricados antes de 2008 que não são passíveis de blindagem. Pacientes jovens com quadros agudos sem sintomas psicóticos respondem muito bem à EMT. Entretanto, pacientes idosos com sintomas psicóticos não respondem a EMT e tem indicação absoluta para a ECT. O equipamento utilizado para EMT é um capacitor que é capaz de armazenar alta voltagem (até 10mV) de corrente que será liberada por uma bobina, acessório que cria um campo magnético no escalpe do paciente de acordo com a programação do médico. O campo magnético induzido é de até 2,5 tesla. Quando a corrente chega ao paciente, desencadeia uma cascata de eventos cujo resultado final é a despolarização neuronal, o que provoca a mudança de comportamento do paciente. A bobina tem que fazer um ângulo de 45 graus no giro mediano do córtex cerebral pré-frontal do dorso lateral esquerdo ou direito (alvo). É a área mais nova do ser humano, mais passível de mudança. Lugar que predomina a dopamina e está conectada às estruturas que respondem pelo humor. Deste modo, a onda magnética chega até o hipocampo, estrutura que mais sofre com a depressão. O mecanismo de ação ainda está sendo explorado. Entretanto, sabe-se que pulsos repetidos causam efeitos mais duradouros e que quanto maior o número de aplicações, mais robustos e sustentáveis são os resultados. Pulso único ou combinado também traz resultados diferentes. Adicionalmente, há diferentes formas de bobinas que também levam a resultados diferentes. O paciente deve ser esclarecido do tratamento e assinar um Termo de Consentimento Esclarecido. Em relação às evidências, o que se tem com-

provado é de que em apenas 10 segundos do início da aplicação, já ocorre o turn over de neurotransmissores nas sinapses ocasionando um efeito antidepressivo imediato, entretanto não duradouro. A medida que se repete diariamente a aplicação, este efeito de bem-estar começa a se sustentar e entre a terceira e quarta semanas, á se tem início ao processo de neurogenia, que sustenta o efeito de bem-estar. Em 2009, Rossi e Colaboradores publicaram um consenso descrevendo as indicações da EMT e sua segurança. 7 Na gravidez, ainda há literatura que contraindica. No passado, não se sabia o tamanho do campo magnético. Atualmente, só é contraindicado para gestantes com baixa estatura, cujo útero fica dentro do campo magnético. Governo francês publicou guidelines definindo as indicações para dor crônica neuropática, episódio agressivo e alucinação auditiva. Evidência grau A para as indicações.

Avaliação de Tecnologias no Canadá.

A respectiva revisão incluiu 23 ensaios clínicos randomizados (ECR) que comparavam a EMT com o placebo e 6 ECR que o comparavam com a ECT. Houve diferença estatística significativa em favor da EMT na depressão no desfecho relacionado a diminuição no escore de Ramilton (2.31 pontos), entretanto este resultado foi bem menor do que o esperado que era de 3,5 pontos. Foi realizada uma análise de sensibilidade, excluindo estudos com problemas de imprecisão, o resultado foi ainda pior, de 1,3 a favor da EMT comparado com o placebo. Em relação ao desfecho secundário, que era a remissão da depressão e taxa de resposta do tratamento, os resultados foram 2,2 e 1.72 a favor da EMT. O NNT (número necessário para tratar) foi de 10, isto é, 10 pacientes deveriam ser tratados para se ter a resposta em 1 paciente bem maior que o NNT para medicamentos, de 4.1. Nos ECR que comparavam a EMT com a ECT, a diferença no desfecho primário (Escore de Hamilton) foi de 5.97 a favor da ECT, efeito clínico bem maior que o de 3.5 pré-determinado pelos autores. Demais resultados a favor da ECT. No geral, as evidências são favoráveis a ECT em pacientes com depressão resistentes ao tratamento. A EMT repetida tem um pequeno efeito a curto prazo em comparação com o placebo, não demonstrando efeitos mais longos. Nice incorporou a EMT destacando que a evi-

dência não encontrou efeitos colaterais significativos e há resultados a curto prazo quando comparado ao placebo. Entretanto, ressalta a busca de maiores evidências. Canadá e Austrália não incorporaram. Destacou que é necessário que se incorpore a ECT com uma DUT específica para que se estimule a boa prática. Ressaltou que não há estudos de custo efetividade nacionais e que a EMT não deve ser incorporada pelos motivos acima relatados.

IV – CONCLUSÃO:

- ✓ O caso em tela encaixa-se na modalidade AD3 de assistência domiciliar
- ✓ **Na literatura consultada não existem dados que comprovem a eficiência/superioridade da terapias pleiteadas em comparação com os tratamentos convencionais**
- ✓ Os insumos solicitados estão disponíveis no SUS dentro dos programas de assistenciais do SUS de assistência domiciliar, A portaria número 400 do Ministério da Saúde, de 16 de novembro de 2009
- ✓ O Conselho Federal de Medicina, em seu PARECER CFM Nº 14/2018, publicado em maio de 2018 concluiu que as terapias propostas (TheraSuit e PediaSuit) ainda carecem de evidência científica que lhes deem respaldo e devem ser entendidas apenas como intervenções experimentais." Em suma, o parecer técnico do CFM supramencionado concluiu que: "[...] no momento, não há parâmetros de superioridade do uso de métodos fisioterápicos que utilizam vestimentas especiais.
- ✓ À luz da evidência científica atual, não há comprovação de superioridade de eficácia do método TheraSuit® e PediaSuit em relação aos métodos fisioterápicos convencionais, quando instituídos na frequência e intensidade de acordo com as necessidades individuais de cada paciente/requerente.

- ✓ Até o momento, o que a literatura científica conclui, é que a soma da abordagem conjunta, dos cuidados de cada especialidade envolvida na assistência, é que faz a diferença, e não uma metodologia específica

V – REFERÊNCIA:

- ✓ 1) RENAME 2022.
- ✓ 2) Portaria GM/MS 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.
- ✓ 3) Manual do Serviço de Atenção Domiciliar. Maio de 2020. Prefeitura Municipal de Assis. <https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/1167508062020111330.pdf>
- ✓ 4) EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. <https://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/saibaMais.html>
- ✓ 5) Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas, Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2011. https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_tratamento_feridas.pdf
- ✓ 6) Guia de Tratamento de Feridas, Prefeitura Municipal de Campinas. <http://www.campinas.sp.gov.br/sa/impessos/adm/FO1286.pdf>
- ✓ 7) Perguntas & respostas. Fórmulas para nutrição enteral. Anvisa Gerência Geral de Alimento, Gerência de Registro de Alimentos, 1ª edição Brasília, 1 de julho de 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/2810640/F%C3%B3rmulas+para+nutri%C3%A7%C3%A3o+enteral/a26b2476-189a4e65-b2b1-4b94a94a248c>.

- ✓ 8) Regulamento Técnico sobre Fórmulas Para Nutrição Enteral, seção I do capítulo III da RDC nº 21/2015.
- ✓ 9) Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para dispensação de fórmulas alimentares para adultos e idosos. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_dispensacao_formulas_alimentares_adultoseidosos.pdf.
- ✓ 10) A portaria número 400 do Ministério da Saúde, de 16 de novembro de 2009, acessível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_200
- ✓ 10) Nutrição Enteral, RDC nº 63 de 06 de julho de 2000. ANVISA. <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC%2063%20NUTRICaO%20ENTERAL.pdf>
- ✓ 11) Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 503, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0503_27_05_2021.pdf
- ✓ 12) Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. 2013. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf

VI – DATA: 18/062025

NATJUS / TJMG