

NOTA TÉCNICA 4470**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

CÂMARA/VARA: Vara da Infância e Juventude

COMARCA: Contagem

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 05 anos

PEDIDO DA AÇÃO: Fisioterapia Intensiva pelo método Therasuit – 4 módulos anuais, com duração de 4 semanas, com duração de 3 horas por dia; - Fisioterapia com ênfase em planejamento motor pelo Método Bobath, no intervalo dos módulos de Therasuit - 3 sessões de 60 minutos cada por semana; - Equoterapia: 2 vezes por semana. - Terapia Ocupacional - 4 sessões semanais de 60 minutos cada, sendo: 2 sessões de psicomotricidade

DOENÇA(S) INFORMADA(S): ATROFIA CEREBELAR DIFUSA

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004470

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Elaboração de parecer técnica acerca do presente caso, tal como requerido pela ré, no prazo de vinte dias.

III – CONSIDERAÇÕES E RESPOSTAS:

Relatório médico

O protocolo utiliza equipamentos e técnicas especializadas, como a Gaiola, que é a Unidade de Exercícios Universais, Aranha (Spider) que são os elásticos e uma veste especial que é uma órtese dinâmica chamada TheraSuit. A técnica é aplicada na reabilitação de disfunções neurológicas e sensoriais.

A órtese dinâmica, TheraSuit, alinha o corpo o mais próximo possível do normal, desempenhando um papel crucial no alinhamento postural, na função sensorial e vestibular. A veste consiste em um colete, um short, joelheiras, um capacete e o tênis que são interligados através de elásticos.

A Unidade de Exercício Universal é usada para treinar as habilidades e fortalecer os grupos musculares desejados. Com a sua utilização ocorre ganhos das amplitudes de movimentos, flexibilidade e fortalecimento dos músculos, bem como nas atividades funcionais.

Os Exercícios na Aranha (Spider), realizados também na Unidade de Exercícios Universais e com a veste TheraSuit, tem como objetivo converter tudo que se aprende no fortalecimento para uma forma mais funcional, criando um ambiente dinâmico onde a função possa aparecer. Objetivando a estabilização, a coordenação e realizando o movimento de forma fluente com menor perda de energia possível.

O cronograma do Programa Intenso do Método TheraSuit consiste em: 01 (um) módulo que é composto de 20 dias úteis (4 semanas), com 03 horas diárias (podendo ser de 02 horas no mínimo e 04 horas no máximo dependendo da condição do paciente), 05 dias por semana, ininterruptamente. Caso haja feriado no período do módulo, o tratamento deverá ser realizado normalmente, ou combinado antecipadamente a compensação/reposição desse dia.

Para que haja resultados satisfatórios faz-se necessário no mínimo 04 (quatro) módulos (o ciclo) por ano, com intervalo de 2 ou 3 meses, mas o tratamento é por tempo indeterminado dependendo da indicação.

Após a conclusão do módulo o paciente deve retornar às suas atividades terapêuticas normalmente e principalmente a fisioterapia de manutenção, conforme já realizava antes de iniciar o Programa Intensivo.

Apresenta Ataxia e base alargada e não desenvolve a marcha sem apoio. Durante esse período em que vem sendo submetido a fisioterapia (1 módulo e sessões de manutenção), percebe-se ganho de força muscular nos MMII e abdominais, mas ainda necessita continuidade do trabalho para ganho de força com atividade isométrica de tronco, para estabilidade dinâmica. Observa-se ainda que Lucas necessita de estímulos sensoriais tátil, vestibular e proprioceptivo para melhora da qualidade do processamento e discriminação dos estímulos a fim de apresentar melhora na resposta do objetivo (marcha). Houve ganhos mantendo-se de pé e realizando poucos passos, mas ainda apresenta grande insegurança em transferências laterais para tomada de peso unilateral. Sabemos que a marcha e uma parte da atividade que desejamos realizar, com isso devemos observar o para que vamos andar.....

Devido sua pouca idade e a exigência nas atividades, foi sugerido 2 horas diárias no 1º módulo para que houvesse aceitação e ele pudesse ter um melhor aproveitamento, o que foi conquistado. Atualmente devido ao desempenho do Lucas e a participação da terapia ocupacional, sugere-se 3 horas diárias para o próximo módulo, caso ele venha a realizar.

Para cumprir o cronograma, ele deve ser submetido a mais 3 módulos. Devido sua boa aceitação ao fisioterapeuta, as atividades propostas e ao ambiente terapêutico, ele tem indicação para se submeter a outros módulos com intervalo de 2 meses, caso a família queira.

Coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento que se fizer necessário.

Trata-se paciente portador de atrofia cerebelar difusa 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 considerada 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 situações 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

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.

Método Bobath

O Método Bobath conduzido por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo tem como foco o Conceito Neuroevolutivo Bobath, que visa à facilitação do movimento normal e incentiva o aumento da habilidade da criança em mover-se funcionalmente de maneira coordenada. O paciente recebe experiência sensório-motora de movimentos básicos como rolar, sentar, engatinhar e andar, assim como de atividades da rotina diária: tomar banho, alimentar-se. A abordagem Bobath, também conhecida como tratamento de neurodesenvolvimento (NDT), é um conceito amplamente utilizado na reabilitação de pacientes com AVC e hemiparesia em muitos países. Esta técnica vem sendo utilizada há anos em todo o mundo; no entanto, ainda não há fortes evidências de sua utilidade. Esta revisão tem como objetivo descobrir sua eficácia com base nos ensaios clínicos randomizados na reabilitação de pacientes com AVC com deficiência motora e compará-la com outras técnicas terapêuticas.

Materiais e métodos: Foi realizada uma pesquisa sistemática da literatura no PubMed Central, Science-Direct, Cochrane, Scopus, Clinical Trial Database e Indian Clinical Trial Registry em inglês até 31 de julho de 2021. A revisão é publicada no Registro Prospectivo de Revisões Sistemáticas (PROSPERO) com o número de registro "CRD42019125400". A pontuação do Physiotherapy Evidence-based Database (PEDro) tem sido utilizada para a avaliação da qualidade dos estudos. Ensaios clínicos randomizados que estudaram o efeito comparativo do conceito

NDT/Bobath nos resultados da atividade motora e cognição/comportamento em pacientes com AVC em comparação com outras técnicas de reabilitação foram incluídos.

Resultados: Nenhuma documentação sólida que descreva a eficácia deste tratamento de neurodesenvolvimento ou seu tratamento de apoio ao neurodesenvolvimento em comparação com outras técnicas neurofisioterapêuticas avançadas foi encontrada para considerá-lo como o tratamento recomendado para hemiplegia/hemiparesia pós-AVC. Aspectos metodológicos dos estudos selecionados para futuras pesquisas são sugeridos.

Interpretação e conclusões: Este estudo é inconclusivo na determinação da eficácia da abordagem Bobath para a reabilitação do movimento de pacientes com AVC. Esses resultados são semelhantes aos resultados de revisões anteriores feitas sobre o mesmo tópico.

Equoterapia

As atividades equoterápicas devem ser desenvolvidas por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, que envolva o maior número possível de áreas profissionais nos campos da saúde, educação e equitação;

- ✓ As sessões de equoterapia podem ser realizadas em grupo, porém o planejamento e o acompanhamento devem ser individualizados;
- ✓ Para acompanhar a evolução do trabalho e avaliar os resultados obtidos, deve haver registros periódicos e sistemáticos das atividades desenvolvidas com os praticantes;
- ✓ A ética profissional e a preservação da imagem dos praticantes de equoterapia devem ser constantemente observadas;

✓ **O atendimento equoterápico deve ter um componente de filantropia para que possa**, também, atingir classes sociais menos favorecidas, para não se constituir em atividade elitizada.

A segurança física do praticante deve ser uma preocupação constante de toda a equipe, tendo em vista: O comportamento e atitudes habituais do cavalo e às circunstâncias que podem vir a modificá-los, como, por exemplo, uma bola arremessada ou um tecido esvoaçando, nas proximidades do animal; - A segurança do equipamento de montaria, particularmente correias, presilhas, estribos, selas e manta; - A vestimenta do cavaleiro, principalmente nos itens que podem trazer desconforto ou riscos de outras naturezas; - Local das sessões onde possam ocorrer ruídos anormais que venham assustar os animais. Dewar e colaboradores publicaram revisão sistemática sobre intervenções de exercício em crianças com paralisia cerebral. Nove estudos incluídos estudaram equoterapia, além de duas revisões sistemáticas. **Os autores concluíram que os estudos que avaliaram a equoterapia são de baixa qualidade, necessitando de estudos de melhor qualidade para confirmar seu benefício.** Zadnikar e colaboradores publicaram revisão sistemática e metanálise em 2011 analisando estudos sobre a utilização da equoterapia e outras técnicas de exercícios com cavalos em crianças e adultos com paralisia cerebral. Foram incluídos oito estudos de diferentes desenhos metodológicos, sendo três estudos randomizados, quatro estudos quase experimentais e um estudo experimental. As ferramentas utilizadas para avaliar os desfechos também variaram muito entre os estudos, assim como as características dos pacientes incluídos em cada grupo. Em dois estudos, as crianças realizaram apenas uma sessão de equoterapia, sendo os resultados comparados antes e após a sessão. O tratamento não foi comparado à fisioterapia tradicional. Tseng e colaboradores realizaram revisão sistemática de estudos que avaliaram especificamente equoterapia e outras atividades fisioterapêuticas com cavalos. Dos quatorze artigos revisados, nove estudos avaliaram equoterapia e cinco estudos avaliaram outras terapias com cavalos. O tempo

total de intervenção variou de oito minutos a vinte seis horas. Os quatro estudos de fraca qualidade que avaliaram equoterapia, três consideraram o resultado benéfico para controle postural e um não encontrou diferença entre os grupos. **O estudo que não mostrou benefício incluiu pacientes com acometimento motor mais grave.** Shurtleff e colaboradores consideraram que os resultados positivos se mantiveram por 12 semanas. Os estudos de McGibbon e Cherng não observaram melhora significativa da simetria de quadril. Nenhum estudo comparou equoterapia à fisioterapia convencional. Um escore de avaliação do controle motor foi aplicado em dois estudos (McGibbon e Davis), com resultados controversos. **O estudo com maior número de participantes não encontrou diferença significativa entre os grupos.** Também na metanálise dos dois estudos, o escore não demonstrou significância estatística. Sete estudos utilizaram outro escore de atividade física para avaliar o controle motor com resultados controversos. Na metanálise dos resultados, não houve significância estatística

IV – CONCLUSÃO

- ✓ Trata-se de paciente portadora de atrofia cerebelar difusa
- ✓ 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**
- ✓ 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
- ✓ Na literatura consultada, para o caso em tela existe indicação de cuidados multidisciplinares coordenados (fisioterapia/terapia ocupacional/terapia da fala) mas não existem evidência da superioridade das técnicas solicitadas (Método Bobath, Therasuit Equoterapia:) em relação aos tratamentos convencionais

V – REFERÊNCIAS:

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.

Manual do Serviço de Atenção Domiciliar. Maio de 2020. Prefeitura Municipal de Assis. <https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/1167508062020111330.pdf>

EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. <https://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/saibaMais.Htlm>

Fonzo M, Sirico F, Corrado B. Evidence-Based Physical Therapy for Individuals with Rett Syndrome: A Systematic Review. Brain Sci. 2020 Jun 30;10(7):410. doi: 10.3390/brainsci10070410. PMID: 32630125; PMCID: PMC7407501.

Ip JPK, Mellios N, Sur M. Rett syndrome: insights into genetic, molecular and circuit mechanisms. *Nat Rev Neurosci*. 2018 Jun;19(6):368-382. doi: 10.1038/s41583-018-0006-3. PMID: 29740174; PMCID: PMC6402579.

Pathak A, Gyanpuri V, Dev P, Dhiman NR. The Bobath Concept (NDT) as rehabilitation in stroke patients: A systematic review. *J Family Med Prim Care*. 2021 Nov;10(11):3983-3990. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_528_21. Epub 2021 Nov 29. PMID: 35136756; PMCID: PMC8797128.

VI – DATA: 01/06/2026

NATJUS TJMG