



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 490/2021

Vitória, 13 de maio de 2021.

Processo nº [REDACTED]
[REDACTED] impetrado por
[REDACTED]
representado por [REDACTED]
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação de informações técnicas pela 2ª Vara de Piúma, requeridas pelo MM. Juiz de Direito, Dr. Diego Ramirez Grigio Silva, sobre o procedimento: **Fisioterapia intensiva.**

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, a Requerente é portadora de Síndrome de Arnold Chiari, tendo sido submetida a cirurgia para correção de meningomielocele. A patologia que apresenta leva a incapacidades crônicas como paralisia de membros inferiores, hidrocefalia, deformidades dos membros e da coluna vertebral, disfunção vesical, intestinal dentre outras. Desde o seu nascimento, ainda na UTI e depois em domicílio, sempre realizou fisioterapia diariamente, sendo que ao receber alta passou a realizar 5 vezes por semana, sessões estas custeadas pelo município de Piúma. Informa que foi surpreendida pela suspensão dos serviços de fisioterapia por cerca de 30 dias e que após esse lapso temporal a oferta passou a ser de duas sessões semanais, com duração de 30 minutos. Como a quantidade é insuficiente perante a necessidade da Requerente e como não obteve retorno do Município, recorre à via judicial para obter o pleito.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

2. Às fls. 21 se encontra laudo fisiofuncional emitido pela fisioterapeuta Vanusa Borges F. Alpohim, CREFITO 15/178460-F, datado de 05 de abril de 2021, informando que a Requerente é acometida por meningomielocele nível lombar baixo. Bexiga neurogênica, pé torto congênito. Indica tratamento fisioterápico domiciliar contínuo 5 vezes por semana para evitar deformidades decorrentes de e posturas viciosas, estimulação global e potencialização de suas capacidades motoras.
3. Às fls. 23 consta relatório médico emitido pelo Dr. Sergio Cavalheiro, CRM-41359, em 14 de maio de 2019, confirmando a patologia de base da Requerente e reforçando a necessidade de terapia intensiva de reabilitação além de cuidados multidisciplinares com rigoroso acompanhamento.
4. Às fls. 24 consta relatório médico emitido pelo Dr. Antonio Macedo Júnior, CRMSP-65345, em 13 de junho de 2019, indicando a necessidade de cateterismo intermitente limpo 5 vezes ao dia por ter bexiga neurogênica.

II- ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.

§ 1º – Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

§ 2º – Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. O desenvolvimento infantil pode ser definido como um processo multidimensional e integral, que se inicia com a concepção e que engloba o crescimento físico, a maturação neurológica, o desenvolvimento comportamental, sensorial, cognitivo e de linguagem, assim como as relações socioafetivas. É necessário o conhecimento do desenvolvimento infantil típico, que servirá de base para comparação com alterações e doenças relacionadas.
2. As mudanças durante o primeiro ano de vida são as mais importantes modificações, nas quais se processam os maiores saltos evolutivos em curtos períodos de tempo. Mesmo com toda a variabilidade, o desenvolvimento motor da criança respeita uma sequência de eventos: a criança, passo a passo, eleva seu corpo contra a gravidade, através do controle corporal progressivo adquirido com a maturação cerebral e aprendizagem dos movimentos.
3. Entre as condições biológicas de risco para o desenvolvimento infantil estão: prematuridade, asfixia perinatal, hemorragia periventricular, displasia broncopulmonar, distúrbios bioquímicos 13 do sangue (hipoglicemia, policitemia e hiperbilirrubinemia), malformações congênitas, infecções congênitas ou perinatais (Zika, Toxoplasmose, Sífilis, Rubéola, Herpes, HIV, Citomegalovírus) restrição ao crescimento uterino e mães usuárias de drogas.
4. **A mielomeningocele (MMC)** é uma forma de disrafismo espinhal, causada por



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

defeito no fechamento do tubo neural durante a terceira e quarta semanas de gestação. No Brasil a incidência é de 2,28 para cada 1.000 nascimentos, sendo a segunda causa de deficiência do aparelho locomotor em crianças.

5. A lesão ocorre no desenvolvimento embrionário do sistema nervoso. O tubo neural, que se transforma no sistema nervoso central, permanece aberto nas extremidades cranial e caudal por volta do 24º dia de gestação. Estudos recentes indicam a influência de fatores genéticos, ambientais e nutricionais, como a deficiência de ácido fólico no início da gestação.
6. O diagnóstico pode ser feito ainda na fase intrauterina, o que aumenta as chances de tratamento. Nesses casos, é feita a opção pela cesariana, para diminuir os riscos de rotura da MMC e de infecção. Após o nascimento, a radiografia simples, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética são exames complementares que identificam malformações anatômicas.
7. A MMC é uma complexa malformação congênita do Sistema Nervoso Central compatível com sobrevida prolongada, associando anomalias do encéfalo, nervos periféricos, coluna vertebral e sistema ósteo-articular. Resulta em tetraparesia ou paraparesia, bexiga neurogênica (BN) e alterações cognitivas. Muitas crianças têm dificuldade na realização de atividades de vida diária. A diminuição da mobilidade pode prejudicar o sistema cardiovascular e gerar dificuldades no relacionamento social. Cabe ressaltar que não há relação explícita com deficiência intelectual uma vez que grande número de portadores do defeito têm coeficiente intelectual normal ou próximo à normalidade.
8. Os pacientes podem apresentar outras complicações, como a malformação de Arnold-Chiari II e a hidrocefalia. A malformação de Arnold-Chiari II envolve cerebelo, bulbo e parte cervical da medula espinhal. A herniação do lobo posterior do cerebelo pelo forame magno resulta em deslocamento caudal das estruturas do tronco encefálico. O quarto ventrículo é obstruído por essas estruturas anormalmente situadas e o fluxo de líquido cefalorraquidiano é interrompido. A hidrocefalia se caracteriza pelo acúmulo anormal de líquido cefalorraquidiano, por excesso de produção, obstrução circulatória ou falha na absorção.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

9. A gravidade e o grau de incapacidade dependem do local em que ocorreu a lesão medular, bem como dos outros fatores neurológicos, principalmente a hidrocefalia. Pode ocorrer em qualquer região da medula, mas a maioria das lesões (cerca de 75%) são de localização lombar, que resulta na dificuldade em levantar, deambular e adquirir controle vesical e intestinal.
10. Os danos à medula espinhal e aos nervos periféricos são evidentes no nascimento e irreversíveis, mesmo quando o fechamento cirúrgico é realizado no período pós-natal imediato. O dano neurológico pode levar a várias alterações ortopédicas, entre as quais a escoliose por paralisia, sendo esta a principal causa da alta prevalência, determinada pelo nível motor.
11. Existe uma forte associação entre mielomeningocele e deformidades da coluna vertebral que começam a aparecer na primeira infância e se tornam graves antes dos 10 anos de idade. Dentre essas deformidades, a escoliose pode se desenvolver em cerca de 50% a 70% dos pacientes. A idade e o nível de comprometimento motor são os principais determinantes do aparecimento da deformidade, atingindo valores de 88 a 100% no nível torácico, 72 a 81% no nível lombar superior, 3% no nível lombar inferior e 9% no nível sacral. A obliquidade pélvica está frequentemente relacionada a deformidades da coluna vertebral e é atribuída a contrações musculares acima e abaixo da pelve, bem como a deformidades intrínsecas dos ossos pélvicos devido a distúrbios do crescimento.
12. Essas deformidades podem ter impacto direto na qualidade de vida do paciente e, quando negligenciadas, geralmente dificultam a adaptação à posição sentada e predisõem a úlceras por pressão e comprometimento respiratório.
13. A disfunção vesical caracterizada pela Bexiga Neurogênica (BN) congênita está presente em cerca de 95% dos pacientes. O ato de urinar é uma função complexa, que envolve o sistema nervoso e muscular. Fibras musculares lisas e estriadas promovem contração e relaxamento, com objetivo de manter um gradiente de pressão que assegure o armazenamento de urina na bexiga e sua liberação no momento conveniente.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

14. É fundamento que o diagnóstico e tratamento sejam instituídos o mais precoce possível, para que alterações funcionais sejam reestabelecidas e não evoluam com dano renal irreversível.
15. O ato de urinar é uma função complexa, que envolve o sistema nervoso e muscular. Fibras musculares lisas e estriadas promovem contração e relaxamento, com objetivo de manter um gradiente de pressão que assegure o armazenamento de urina na bexiga e sua liberação no momento conveniente.
16. Apesar de existirem terminações neurológicas simpáticas e parassimpáticas distribuídas ao longo de toda a bexiga e região esfíncteriana, sabe-se que o músculo vesical (detrusor) é rico em receptores colinérgicos, sendo a região esfíncteriana controlada principalmente por receptores adrenérgicos do tipo alfa 1. A falha nesse mecanismo, produz os mais variados graus de incontinência urinária.
17. A disfunção neurogênica do trato urinário baixo, conhecida como **bexiga neurogênica (BN)**, engloba as disfunções vesico-esfíncterianas que acometem portadores de doenças neurológicas centrais e periféricas.
18. A sintomatologia decorrente de tais doenças podem se apresentar devido ao dano em qualquer nível, do cérebro, à medula espinal suprasacral, medula espinhal sacral ou ao sistema nervoso periférico.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da mielomeningocele é complexo e controverso. Pode basear-se de medidas de terapia respiratória à imediata intervenção cirúrgica para decompressão da fossa posterior, ao primeiro sinal de comprometimento da junção bulbo-cervical e instalação de sistemas de drenagem para o controle da hidrocefalia.
2. A necessidade de cuidados complexos e contínuos, incluindo a realização do cateterismo intermitente, confere um caráter de cronicidade à MMC e requer a adesão, por parte de pais e cuidadores, a um regime terapêutico e de reabilitação.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

Diante disso, existe a necessidade de intervenções que informem e apoiem a realização do CI, visando à continuidade dos cuidados no domicílio e ao sucesso do regime terapêutico. Nesse sentido, a educação em saúde assume posição fundamental para que o processo de reabilitação favoreça a promoção da participação, visando à democratização do conhecimento e a autonomia dos indivíduos com deficiência.

3. O quadro motor e cognitivo influenciam o desenvolvimento sensório-motor e a independência funcional (autocuidado, mobilidade e função social). O controle do tronco é essencial para essas aquisições e permite o melhor desenvolvimento de habilidades bimanuais, sendo de grande importância o acompanhamento com equipe multidisciplinar para promoção do desempenho neuropsicomotor.
4. O tratamento da mielomeningocele é realizado também através de cirurgia com o objetivo de realizar a plástica das meninges e da pele que recobre o defeito, cirurgia esta que é realizada nas primeiras 24 a 48 horas de vida do recém-nascido. E logo após a cirurgia como forma de tratamento, deve ser realizada uma avaliação fisioterapêutica criteriosa e de forma individual para obtenção de resultados satisfatórios.
5. Contudo, a fisioterapia tem ação direta no tratamento de crianças portadoras de mielomeningocele, pois todos os exercícios realizados contribuem para ganho de força muscular funcional, previne deformidades secundárias, contribuindo para que o paciente realize a posição ortostática e progrida a marcha de forma mais independente possível. Este tratamento se faz de forma multidisciplinar pois, os problemas decorrentes desta patologia não são tratados isoladamente.
6. O tratamento fisioterapêutico tem grande importância na recuperação dos sintomas instalados tendo como objetivo promover a independência funcional, prevenir deformidades secundárias, prevenir úlceras de decúbito, deficiências cognitivas secundárias, corrigir deformidades, promover o aprendizado das habilidades motoras, ajustes posturais, deambulação independente ou treinamento do uso de cadeira de rodas e fortalecimento muscular. Promover de uma forma geral, melhor qualidade de vida durante o desenvolvimento da criança.



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

7. A anamnese deve ser realizada com cuidado e bastante atenção para promover um tratamento precoce e atrativo à criança. Quando se é avaliado uma criança com mielomeningocele deve ser abordado uma vasta possibilidade de testes, como, teste muscular manual visando a extensão da paralisia motora, avaliação de amplitude de movimento para identificar possíveis contraturas presentes, testes de reflexos para a verificação da presença de atividade reflexa normal e integração de reflexos primitivos e suas reações mais maduras e avaliação do desenvolvimento funcional para verificar se há componentes normais de postura, padrões de movimento e mobilidade.
8. O tratamento deve ser iniciado precocemente e pode ser dividido de acordo com as fases da vida do indivíduo. No período neonatal o fisioterapeuta deve avaliar a sensibilidade, motricidade, postura em repouso, movimentos ativos, anormalidades, deformidades e reflexos para o desenvolvimento de um programa de reabilitação adequado, já que o desenvolvimento da criança pode ser prejudicado devido sua longa permanência em hospitais. Os estímulos são de grande importância e devem ser realizados diariamente até mesmo pela mãe, que ao carregar a criança de maneira adequada, começa a estimular o controle cervical.
9. No período pré-escolar o fisioterapeuta deve avaliar os grupamentos musculares ativos para que tenha conhecimento de quais os músculos poderão ser utilizados para promover a independência da criança, devendo ser estimulada diariamente e colocada em diversas posições para promover o desenvolvimento das demais musculaturas.
10. Nas fases adulta e adolescência, alguns problemas relacionados a coluna podem voltar, sendo necessário o uso de órteses. Porém, nesta fase os profissionais tornam-se espectadores ajudando nas orientações e adaptações quando necessárias.
11. No período escolar, a criança pode optar pelo uso de cadeiras de rodas, facilitando sua locomoção, cabendo ao fisioterapeuta ensinar-lhes as habilidades necessárias para sua independência e estimulando a posição ortostática com o auxílio de órteses.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

12. A abolição da sensibilidade nem sempre corresponde à deficiência da motricidade, costuma ser difícil determiná-la exatamente, e acarreta dois problemas: risco de traumatismo dos tecidos moles, devido à incapacidade de perceber dor e da retroalimentação normalmente transmitidas pelos diversos órgãos dos tecidos.
13. No intuito de prevenir o encurtamento muscular que poderá levar a contraturas e deformidades, o processo de reabilitação pode atuar através de exercícios passivos e ativos, alongamentos das cadeias que apresentam o tônus normal ou aumentado, devido a sua tendência a retração, e tração manual das estruturas.
14. O atraso no desenvolvimento neuropsicomotor pode ser notado através do déficit de controle da cabeça e tórax, principalmente nos casos associados à hidrocefalia e também na dificuldade de sentar/levantar e deambular.
15. A utilização e o tipo de órteses dependem do nível da função motora da criança; as órteses usadas para o auxílio da realização da posição ortostática devem ser prescritas.
16. As alterações ortopédicas acometem variadas porções do corpo, tais como coluna vertebral, quadris, joelhos e pés e são causadas por desequilíbrio entre musculatura agonista e antagonistas envolvidas. As deformidades dos pés dos pacientes são frequentes, sendo cerca de 20% dos casos deformidades do tipo equinovaro.

DO PLEITO

1. **Fisioterapia motora intensiva**

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, a criança, de 3 anos e 11 meses de idade, diagnosticada com Mielomeningocele, Síndrome de Arnold Chiari com bexiga neurogênica e outras alterações, requer a continuidade da fisioterapia que vinha realizando pelo Município cinco vezes por semana e que agora foi reduzida para duas vezes por



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

semana com duração de 30 minutos cada sessão.

2. Como já exposto no item DO TRATAMENTO, no período pré-escolar, que a fase da Requerente, a fisioterapia visa promover a independência da criança, devendo ser estimulada diariamente e colocada em diversas posições para promover o desenvolvimento das demais musculaturas. Assim, este NAT conclui que para um desenvolvimento adequado a fisioterapia diária está indicada para o caso em tela. Quanto a questão de ser domiciliar, entende-se que a criança pode se deslocar até o local da fisioterapia por meio de cadeira de rodas. Seria importante que o fisioterapeuta que realizará as sessões pelo SUS se pronunciasse se todas as 5 sessões obrigatoriamente devem ser realizadas pelo fisioterapeuta ou se alguns exercícios podem ser realizados por familiares, desde que devidamente treinados, reduzindo a ida da menor até o local para realizar a sessão.
3. A terapia com fisioterapia **é de responsabilidade do Município.**
4. Não consta nos autos documento comprobatório da solicitação administrativa prévia do procedimento pleiteado (fisioterapia pélvica) ou documento que comprove a negativa de fornecimento por parte dos entes federados (Município e Estado).



REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I.A. et al; MALFORMAÇÃO DE ARNOLD-CHIARI: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA; Journal of Medicine and Health Promontório. 2017; 2(3):661-669; disponível em: <http://jmhp.fiponline.edu.br/pdf/cliente=13-9332b8fa3d6327d5b120e964bc86bc56.pdf>



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

SALOMÃO, J. F. et al; Malformação de Chiari do tipo II sintomática; Arq. Neuro-Psiquiatr. Vol.56 n.1 São Paulo Mar. 1998; disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000100016

DA ROSA, I.C.S.C. A INTERVENÇÃO FISIOTERAPEUTICA EM CRIANÇAS PORTADORA DE MIELOMENINGOCELE. Disponível em: <https://interfisio.com.br/a-intervencao-fisioterapeutica-em-criancas-portadora-de-mielomeningocele/>