



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

---

**PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 1132/2020**

Vitória, 08 de outubro de 2020.

Processo nº [REDACTED]  
impetrado por [REDACTED]  
[REDACTED] representado pelo seu genitor  
[REDACTED]  
[REDACTED]

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações da 1ª Vara da Infância e da Juventude de Vitória-ES, requeridas pela MMª. Juíza de Direito Drª. Lorena Miranda Laranja do Amaral, sobre o procedimento: **fisioterapia método Treini**.

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com a inicial, o Autor de 10 anos, com diagnóstico inconclusivo, suspeita de síndrome rara, tendo quadro clínico condizente de paralisia cerebral, baixa visão e atraso da fala, com quadro motor compatível com quadriparesia discinética. Foi solicitado pela médica que o acompanha fisioterapia motora pelo método Treini, porém o tratamento não consta do SUS e a família não tem como arcar com o custo desta terapia. Pelo exposto recorre a via judicial.
2. Às fls. verso 15 e 16, consta relatório de avaliação, emitido em 28/07/2020 pela fisioterapeuta Tatiana Brilhante Gomes, CREFITO 165102-F, descrevendo a criança [REDACTED] com diagnóstico médico inconclusivo, suspeita de síndrome rara, porém com quadro clínico condizente com paralisia cerebral, baixa visão e atraso



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

---

da fala; apresentando durante a avaliação quadro motor compatível com quadriparesia discinética, uso descoordenado dos membros superiores, não executa funções sozinho de transferências posturais e muita instabilidade na manutenção das posturas. Entre outras dificuldades motoras, além de não apresentar reação de proteção, não mantém a postura sentado de forma independente, a não ser na cadeira adaptada. Rola e se arrasta de forma independente no chão. Solicita plano de atendimento com método Treini, urgente.

3. Às fls. 16 verso a 17 verso consta laudo médico, emitido em 14/08/2020 pela Dr<sup>a</sup> Priscila Soares Abaurre, neurologia pediátrica, CRM 9841, descrevendo encefalopatia crônica não evolutiva secundária a malformação do sistema nervoso central, evoluindo com atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor, sequelas motoras e cognitivas, epilepsia estrutural. Em acompanhamento com neurologia periódica. Uso regular de medicação; em terapias de reabilitação com equipe multidisciplinar. Necessita de terapias motoras do tipo Treini – programação de 80 horas/mensais, por período indeterminado.

## 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



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

---

deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado. Parágrafo Primeiro - 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. Parágrafo Segundo - 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. **A Paralisia cerebral(PC)** é um distúrbio do movimento e/ou da postura, persistente, variável, aparecendo nos primeiros anos de vida, devido ao distúrbio não progressivo do cérebro, conseqüente à interferência no seu desenvolvimento. Atualmente, a paralisia cerebral é definida como conseqüência de uma lesão estática, ocorrida no período pré, peri ou pós-natal que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional. A disfunção é, predominantemente, sensório motora, envolvendo distúrbios do tônus muscular, postura e movimentação voluntária.
2. Desde o Simpósio de Oxford, em 1959, a expressão PC foi definida como "sequela de uma agressão encefálica, que se caracteriza, primordialmente, por um transtorno persistente, mas não invariável, do tono, da postura e do movimento, que aparece na primeira infância e que não só é diretamente secundário a esta lesão não evolutiva do encéfalo, senão devido, também, à influência que tal lesão exerce na maturação neurológica". A partir dessa data, PC passou a ser conceituada como **encefalopatia crônica não evolutiva da infância** que, constituindo um grupo heterogêneo, tanto do ponto de vista etiológico quanto em relação ao quadro clínico, tem como elo comum o fato de apresentar predominantemente sintomatologia motora, à qual se juntam, em diferentes combinações, outros sinais e sintomas



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

---

3. As sequelas são variáveis em intensidade e localização, dependendo da área do encéfalo afetada e da extensão da lesão. Assim, existem várias classificações para a paralisia cerebral, que consideram o momento da ocorrência, o local da lesão, a etiologia, a sintomatologia ou a distribuição topográfica.
4. De acordo com o tipo de alteração neurológica, a espasticidade é a forma mais comum de hipertonia e indica existência de lesão no sistema piramidal, responsável pela realização e controle dos movimentos voluntários. Sua alteração caracteriza-se pela dificuldade na movimentação voluntária e aumento do tônus muscular. A lesão ocorre na área motora do córtex cerebral, atingindo o primeiro neurônio motor e é caracterizada por hiperreflexia, com aumento dos reflexos miotáticos, clônus e reflexos cutâneoplantares em extensão ou sinal de Babinski; fraqueza muscular; padrões motores anormais e diminuição da destreza.
5. Quando não tratada pode causar contraturas, rigidez, luxações, dor e deformidades e também está associada a um aumento do gasto energético metabólico. Por outro lado existem alguns aspectos positivos, como manter o tônus e a massa muscular. O aumento da massa muscular sobre certas proeminências ósseas diminui o risco de escaras e a incidência de osteoporose. O aumento do tônus muscular pode estabilizar articulações melhorando a postura, auxiliando sentar e realizar transferências, assim como pode auxiliar no esvaziamento reflexo da bexiga e intestino neurogênicos.
6. O quadro clínico e o nível de comprometimento motor são extremamente variados.
7. Quanto as partes acometidas no corpo, tem-se a seguinte classificação:
  - Hemiplegia: comprometimento de um dimídio corporal;
  - Diplegia: comprometimento maior nos membros inferiores;
  - Quadriplegia: prejuízos equivalentes nos quatro membros;
  - Dupla paraplegia: membros superiores mais comprometidos.



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

---

## **DO TRATAMENTO**

1. O tratamento da **paralisia cerebral** e paraplegia espástica normalmente envolve terapeutas e especialistas de várias áreas, como: neurologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dentre outros.
2. A fisioterapia, a terapia ocupacional e terapia da fala podem desempenhar um papel importante no tratamento da doença, sendo ideal que o tratamento comece na fase inicial, uma vez que o cérebro se desenvolve muito nos primeiros anos de vida.
3. Há dois objetivos principais da fisioterapia: evitar o enfraquecimento dos músculos que não são normalmente usados e evitar a rigidez dos músculos, conhecido como contraturas, que ocorrem em pessoas com paralisia cerebral espástica. Com isso, os fisioterapeutas executam vários exercícios que podem ser realizados todos os dias para fortalecer e alongar os músculos. O uso de cintas também pode ser usado para ajudar a estender os músculos.
4. Medicamentos também podem ser utilizados para reduzir o tônus muscular e movimentos excessivos indesejados, como o baclofeno e dantroleno, que podem ser administrados por via oral na forma de comprimidos. Também há alternativas que podem ser administradas por injeção na espinha. O Diazepam é considerado uma alternativa para o espasmo muscular grave.
5. A aplicação da toxina botulínica (intramuscular) por um período de 3-6 meses tem sido uma alternativa no tratamento da espasticidade.
6. Medicamentos anticonvulsivantes também podem ser associados ao tratamento nos pacientes que apresentam epilepsia.
7. Devido à pouca mobilidade, existe forte tendência ao desenvolvimento de retrações músculo-tendíneas, muitas vezes com indicação de intervenção cirúrgica. As cirurgias que são normalmente realizadas incluem: reparação de luxação do quadril e deformidades da coluna vertebral (escoliose); alongamento dos tendões e músculos



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

---

para reduzir a espasticidade muscular e contraturas; remoção de parte do osso para posicionar e alinhar um membro; rizotomia posterior seletiva que envolve operacional sobre as raízes nervosas provenientes da medula espinhal para espasmos musculares fáceis (usado com menor frequência nos dias de hoje).

## **DO PLEITO**

1. **Fisioterapia pelo método Treini.**
2. **Método Treini** é uma metodologia de treinamento intensivo em reabilitação neuropediátrica que tem por objetivo a habilitação e reabilitação de crianças e adolescentes (até 18 anos) que tiveram lesões no sistema nervoso central e que apresentam déficits funcionais que limitam a realização de atividades de forma semi-independente/independente e com autonomia.
3. **Atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas** é um procedimento oferecido pelo SUS, sob o código 03.02.06.001-4, sendo considerado de Média Complexidade, segundo o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (Tabela SIGTAP). Atendimento fisioterapêutico, visando manutenção do tônus muscular, minimizando as alterações sensorial e/ou perceptual, treinamento das alterações de equilíbrio, coordenação motora, marcha e reeducação cardiorrespiratória. A indicação do quantitativo a ser realizado na assistência ambulatorial é de no máximo 20 procedimentos por pessoa/mês e para a internação é de 03 procedimentos/dia.

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. No presente caso, o Requerente de 10 anos é portador de encefalopatia crônica não evolutiva secundária a malformação do sistema nervoso central, evoluindo com atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor, sequelas motoras e cognitivas, epilepsia



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

---

estrutural.

2. O método Treini não é padronizado pelo SUS – Sistema Único de Saúde e nem pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
3. Conforme ofício emitido pela Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional em 2017, na prática clínica, a abordagem da Fisioterapia Neurofuncional é aplicada com base em vários métodos de tratamento. Embora ainda existam métodos, técnicas e recursos utilizados rotineiramente por Fisioterapeutas cuja evidência científica não tenha sido demonstrada como forte, não se questiona que o tratamento fisioterapêutico neurofuncional traz benefícios para desenvolvimento sensório -motor da criança.
4. O universo dos métodos, estratégias e recursos fisioterapêuticos utilizados nas disfunções neurológicas das crianças é vasto (dentre outros já mencionados ainda existem a equoterapia, hidroterapia, facilitação neuromuscular proprioceptiva, método Bobath, vestes terapêuticas, exoesqueleto, etc.) e a literatura traz evidências sobre cada um desses métodos ou estratégias terapêuticas. Porém nem sempre as evidências atingem um patamar alto e forte para justificar a prática baseada em evidência ou que uma técnica seja superior a outra
5. Ainda neste ofício destaca que a metodologia Treini ® pode ser encontrada no site <https://www.treini.com.br/> cuja empresa que detêm a marca determina a formação para a utilização da veste, o material e autorização da prática. As buscas de evidências científicas nas bases de dados Periódicos Capes, Scielo, Pedro, PubMed e Sci-Hub resultaram em nenhum artigo publicado utilizando o nome Treini Exoflex ou exoesqueleto com as características de tensegridade. Portanto, ainda não há base científica que comprove a eficácia da metodologia. Devemos considerar que esse recurso (Exoesqueleto) é relativamente novo e os estudos que foram feitos ainda são para testar efeitos que a carga do exoesqueleto provoca na marcha das crianças (ROSSI et al., 2014). No entanto, a ABRAFIN já emitiu alguns pareceres sobre recursos que utilizam vestes terapêuticas similares ao Treini Exoflex como complemento ao tratamento fisioterapêutico de crianças com disfunções neurológicas e existem relatos



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

---

de casos clínicos isolados de sucesso.

6. Não foi encontrada literatura técnico científica que indique alguma vantagem do método Treini® sobre os demais, ou seja, não foram identificados elementos técnico-científicos que justifiquem imprescindibilidade do método específico em detrimento aos outros métodos protocolares de reabilitação disponíveis na rede pública. Além disto, baseado nos achados da literatura, os melhores resultados funcionais (e.g. velocidade e amplitude dos ganhos, minimização das deformidades, etc.) são alcançados quando os pacientes recebem tratamento intensivo (preferencialmente todos os dias por pelo menos 1 hora/dia), não havendo superioridade de um recurso ou de outro (CHIU & ADA, 2016).
7. A fisioterapia solicitada pelo Requerente consiste em uma opção terapêutica para o tratamento das sequelas de sua doença de base. No entanto, conforme explicitado acima, **não possuímos dados suficientes para afirmar que este já realizou a terapia disponibilizada pelo SUS de forma adequada, isto é intensiva, e pelo período preconizado.**
8. **Assim, não temos dados suficientes para afirmar que o paciente possui os critérios expostos acima para indicação da terapia pleitada, assim este NAT sugere que o Requerente seja avaliado quanto a possibilidade de terapias alternativas disponibilizadas pelo SUS, e caso o fisioterapeuta entenda que não houve melhora após o tratamento intensivo e os recursos foram esgotados, emita laudo descrevendo todo o tratamento instituído até então, período, frequência e a imprescindibilidade do tratamento após esta avaliação definindo se o paciente se inclui nos critérios para indicação do método Treini, cabendo, neste caso, a SESA a sua disponibilização.**
9. Não se trata de **urgência médica**, de acordo com a definição de urgência e emergência pelo CFM (Conselho federal de Medicina), mas vale lembrar o Enunciado nº 93 da I, II E III Jornadas de Direito da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, que:





## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

“Nas demandas de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS por acesso a ações e serviços de saúde eletivos previstos nas políticas públicas, considera-se excessiva a espera do paciente por tempo superior a **100 (cem) dias para consultas e exames**, e de **180 (cento e oitenta) dias para cirurgias e tratamentos**”. (grifo nosso)

10. Este Núcleo se coloca à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

**Atenciosamente**





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

---

REFERENCIA

PARECER CRM-MG Nº 33/2018 – PROCESSO-CONSULTA Nº 32/2018; disponível em:  
[https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/MG/2018/33\\_2018.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/MG/2018/33_2018.pdf)

GENTILE, J.K. DE A.; Condutas no paciente com trauma crânio encefálico. Rev Bras Clin Med. São Paulo, 2011 jan-fev;9(1):74-82. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1730.pdf>.

CHRISTY, J.B.; MURPHY, The effect of intense physical therapy for children with cerebral palsy. Pediatr Phys Ther. 2010 Spring;22(1):76-85. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20142709>.

ARPINO, C.; VESCIO, M.F.; DE LUCA, A.; CURATOLO, P. Efficacy of intensive versus nonintensive physiotherapy in children with cerebral palsy: a meta-analysis. [Int J Rehabil Res.](#) 2010 Jun;33(2):165-71. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19910797>.

CANTARELLI, F.J.S.O TheraSuit como recurso Fisioterapeutico no Tratamento de Crianças com Paralisia Cerebral. Disponível em:  
[http://www.qualifique.com/artigos/OTheraSuitComoRecursoFisioterapeuticoNoTratamentoDeCriançasComParalisiaCerebral\\_FrancineJeruzaSchmidtCantareli.pdf](http://www.qualifique.com/artigos/OTheraSuitComoRecursoFisioterapeuticoNoTratamentoDeCriançasComParalisiaCerebral_FrancineJeruzaSchmidtCantareli.pdf).

BRITO, J.C. De F. Mielopatias: considerações clínicas e aspectos etiológicos. Arq. Neuro-Psiquiatr. Vol.61. no.3B. São Paulo. Sept. 2003. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X2003000500021&script=sci_arttext).

DAMIANO, D.L. Rehabilitative Therapies in Cerebral Palsy: The Good, the Not As Good, and the Possible. J Child Neurol September 2009 24: 1200-1204, first published on June 12, 2009. DISPONÍVEL EM: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2982789/>.



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

---

[ROTTA](#), N.T. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas .J Pediatr (Rio J) 2002;78(Supl.1):s48-s54. Disponível em :  
<http://www.jpmed.com.br/conteudo/02-78-S48/port.asp>