



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº1731 /2019

Vitória, 21 de outubro de 2019

Processo nº [REDACTED]
impetrado por [REDACTED] em
face de [REDACTED]
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa a atender à solicitação de informações técnicas da Vara Única de Alto Rio Novo-ES requeridas pelo MM Juiz de Direito Dr. João Carlos Lopes Monteiro Lobato Fraga, sobre o procedimento: **“TRATAMENTO COM MÉTODO THERASUIT”**.

I -RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos relatados na Inicial, o Requerente, 7 anos, sofre de encefalopatia crônica da infância e possui diagnóstico fisioterapêutico de tetraparesia espástica. Em virtude de tal patologia, não possui controle de cabeça e tronco com prejuízo em sua coordenação motora e equilíbrio, sendo encaminhado para o programa de fisioterapia pelo método Therasuit. Por não possuir recursos para arcar com as despesas de seu tratamento, **recorre a via judicial para consegui-lo pelo SUS.**
2. Às fls. 14 laudo médico, emitido pelo Dra. Marcela Dalla B. Fraga, neurologista pediátrica, em 27/11/2015, em papel timbrado do São Bernardo Apart Hospital, relatando que o menor está em seguimento clínico com neuropediatra devido a encefalopatia crônica não evolutiva, solicita terapia especializada com Therasuit.
3. Às fls. 15 consta relatório realizado pelo fisioterapeuta Daniel, em papel timbrado da



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

APAE Colatina, no dia 27/04/2017 referindo que paciente apresenta diagnóstico de encefalopatia crônica da infância e diagnóstico fisioterapêutico de tetraparesia espástica. O mesmo ainda não possui controle de cabeça e tronco, não fica na posição sentada sem apoio e se interessa muito pouco por objetos. De acordo com a avaliação específica necessita de realizar um trabalho de fisioterapia intensiva com o método Therasuit, trazendo benefício não só para a criança como para seus familiares. Ainda complementa que o protocolo de reabilitação com o uso do Therasuit é realizado em diversas etapas, tendo cada etapa, 20 sessões mensais com duração de 3 horas/sessão, e que há necessidade de um início imediato da reabilitação do paciente acima citado.

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 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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

imediatamente.

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 tônus, 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
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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 cutâneo-plantares 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. 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.

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



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

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 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. **MÉTODO THERASUIT:** O método Therasuit foi criado com o objetivo de minimizar as deformidades características da paralisia cerebral, fazendo com que a criança se beneficie deste recurso utilizado durante o atendimento fisioterapêutico.
2. É uma técnica na qual a fisioterapia aprende e aplica informações vindas da educação física. É um programa estruturado com o intuito de promover o crescimento e o



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

desenvolvimento da criança.

3. Consiste em uma órtese suave, proprioceptiva e dinâmica a qual contém: uma touca, a 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.
4. Seus principais objetivos são a normalização do tônus muscular da criança, aumentar a variedade dos movimentos ativos, aumentar a força e a resistência e controlar os grupos musculares que acabaram de ganhar força, permitindo que a criança melhore suas habilidades funcionais, sendo um trabalho que visa a independência
5. Os estudos identificados por este Núcleo foram de utilização do método em crianças com paralisia cerebral em decorrência de várias causas. Em um dos estudos, Christy, Chapman e Murphy (2012) identificaram nas crianças melhora das habilidades motoras, mas não houve alteração da locomoção. No entanto, a durabilidade do efeito não é evidenciada. Em outro estudo, Bailes, Greve e Schmitt (2010) relata que as crianças que estavam vestidas com o Thera suit durante o programa de terapia intensiva não demonstraram que a função motora melhorou, quando comparado com as crianças usando outra roupa de controle durante o mesmo programa. Em uma meta-análise de estudos publicados entre janeiro e julho de 2007, comparou-se a eficácia do tratamento intensivo com o não intensivo em crianças com paralisia cerebral. Como resultado é demonstrado que em crianças com paralisia cerebral, a terapia convencional intensiva pode melhorar o resultado funcional do motor, mas o tamanho do efeito parece ser modesto.
6. Em busca de mais evidências, o NAT identificou um estudo de Revisão Sistemática, publicado em 2012, que englobou, entre outros estudos, 06 (seis) ensaios clínicos, utilizando-se a base de dados do MedLine, Lilacs, e Scielo (Nível de Evidência A ou B). A conclusão desta revisão realizada pelo fisioterapeutas Frange, Silva & Filgueiras, que declaram nenhum conflito de interesses é a seguinte: “O PIF (Programa Intensivo de Fisioterapia) associado ao uso da roupa com elásticos mostrou-se, portanto, um recurso promissor que ainda necessita de investigações, não sendo possível determinar se ele produz ou não desfechos benéficos para indivíduos com déficits



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

neurológicos. Os resultados desta revisão sistemática de literatura sugerem que explicações sobre os mecanismos envolvidos, do PIF, da roupa com elásticos e sobre a associação de ambos, precisam ser estudados em pacientes neurológicos, a fim de apontar caminhos para que tais recursos terapêuticos sejam refutados ou utilizados com segurança. Futuras investigações poderão esclarecer algumas inconsistências observadas nos resultados dos estudos, provavelmente devido à heterogeneidade metodológica, às diferenças nos tipos de “protocolos” adotados, às características dos participantes e os instrumentos de avaliação, favorecendo a prática baseada em evidências.

III- CONCLUSÃO

1. Trata-se de paciente, 7 anos com diagnóstico de encefalopatia crônica não evolutiva da infância em tratamento fisioterápico na APAE, com solicitação de Therasuit. Devemos destacar que o laudo médico anexado é de 2015, portanto não há dados atualizados sobre o quadro clínico do paciente, sua evolução neste período, quais tratamentos fisioterápicos já instituídos, com que frequência e por quanto tempo.
2. O método Therasuit/PediaSuit não é padronizado pelo SUS – Sistema Único de Saúde e nem pela ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar; recentemente, foi reconhecido pelo COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e o equipamento, também recentemente, recebeu registro da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Apesar de reconhecer o método, o COFFITO não especificou as indicações clínicas.
3. Portanto, mesmo estando legalmente incluído para a prática da medicina física no Brasil, ainda há carência de protocolos que venham a estabelecer recomendações, tais como:
 - em quais situações clínicas deve ser aplicado?
 - em quais faixas etárias?
 - Qual a frequência e a duração das sessões?
 - como será determinada a eficácia, e com quais parâmetros?
 - por outro lado, como será determinada a ineficácia, e conseqüentemente a



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

interrupção?

4. Importante frisar que o método PediaSuit/Therasuit se baseia tanto na técnica como na intensidade dos estímulos, ou seja, o tempo de aplicação intensivo poderia exercer mais efeito do que a metodologia em si. Em outras palavras: é o Therasuit/ PediaSuit superior à fisioterapia convencional, se forem ambos aplicados com a mesma intensidade?
5. Um documento criado pelo Comitê Científico da Associação Brasileira de Fisioterapia Neuro funcional (ABRAFIN) atendendo a pedidos do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), emitiu um Parecer Técnico, datado de 16 de agosto de 2013, que transcreveremos a seguir:

“Até o presente momento, os métodos que utilizam o traje específico para promover o alinhamento corporal (Pedia Suit®, Thera Suit® e Adeli Suit®) não possuem evidências científicas para comprovar a eficácia no espectro de condições patológicas apresentadas pelos seus fabricantes. Os poucos artigos disponíveis sobre os métodos destacam que a fisioterapia intensiva é um importante componente, isto é, a aplicação do método 5 vezes por semana, cada consulta com duração de 2-4 horas para obter os resultados descritos nos manuscritos citados anteriormente. Nesse sentido, é importante destacar que os resultados obtidos ocorreram mediante o emprego da fisioterapia intensiva.”

6. Outro Parecer Técnico elaborado pela Abrafin por solicitação do CREFITO -8 em 23 de abril de 2017 em sua Conclusão diz:

“.....a ABRAFIN conclui que não há, até o momento, evidências robustas de superioridade dos métodos de terapia intensiva com o uso de vestes especiais, cordas elásticas e unidades de terapia universal (PediaSuit, TheraSuit e Adeli Suit) em relação às demais abordagens fisioterapêuticas neurofuncionais.”

7. Ainda buscando evidências esse NAT também analisou o Parecer da Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação de 06 de fevereiro de 2018, referente a



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

Terapia intensiva com vestimenta Peditasuit e Therasuit, em que foi discutido e alinhado em documento formal, analisando artigos, revisões sistemáticas e diversos estudos científicos, cujo seu entendimento definitivo foi:

“... concluímos que as terapias propostas (Therasuit e Peditasuit) ainda carecem de evidência científica que lhes dêem respaldo e devem ser entendidas apenas como intervenções experimentais, não havendo base científica para a sua indicação e nem mesmo para ser custeado pelo SUS.

8. A Secretaria de Estado de Saúde elaborou um projeto para implantação do Centro de Referência Neurofuncional no CREFES, no qual está incluída a fisioterapia pelo método TheraSuit/PediaSuit mediante avaliação e preenchimento de determinados critérios para inclusão. Enquanto o projeto não é implantado, a equipe de fisioterapia do CREFES está habilitada a avaliar os pacientes com solicitação de tal método. Além da definição de vários critérios para inclusão existem outras exigências como por exemplo:

“O paciente antes de ser aceito no método Therasuit deverá ter sido submetido ao Tratamento Fisioterapêutico neurofuncional convencional intensivo, baseado no conceito BOBATH previamente e já ter esgotado todas os recursos terapêuticos seguindo o protocolo mínimo de: Fase aguda: atendimento diário de no mínimo 1 hora de duração; Fase crônica: 3 vezes por semana com duração mínima de 1 h; Fase de manutenção: 2 vezes por semana com pelo menos 1 h de duração com orientação ao familiar/cuidador”.

9. A fisioterapia solicitada pelo Requerente consiste em uma opção terapêutica para o tratamento das sequelas de sua doença de base. No entanto, **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.**
10. **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 no CREFES, munido de laudo**



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

descrevendo o tratamento instituído até então, e após esta avaliação seja definido se o paciente se inclui nos critérios para indicação do método Therasuit, cabendo, neste caso, a Sesa a sua disponibilização.

[REDACTED]

REFERENCIAS

GENTILE, J.K. DE A.; Conduas 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:



Poder Judiciário

Estado do Espírito Santo

[http://www.qualifique.com/artigos/OTheraSuitComoRecursoFisioterapeuticoNoTratament
oDeCriançasComParalisiaCerebral_FrancineJeruzaSchmidtCantareli.pdf](http://www.qualifique.com/artigos/OTheraSuitComoRecursoFisioterapeuticoNoTratament
oDeCriançasComParalisiaCerebral_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.

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,
2009dISPONÍVEL EM:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2982789/>.

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

MORAES, D.S.; TEIXEIRA, R.S.; SANTOS, M.S. Perfil da judicialização do Método
Therasuit e seu custo direto no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.Rev Bras Epidemiol
2019; 22: e190006 . Disponível em :[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-
rbepid-22-e190006.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v22/1980-5497-
rbepid-22-e190006.pdf)