



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

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº 675/2022

Vitória, 17 de maio de 2022

Processo n° [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico atende solicitação de informações técnicas do 1º Juizado Especial da Fazenda Pública de Linhares – ES, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Thiago Albani Oliveira Golveas, sobre o procedimento: **“Fisioterapia Neurofuncional, motora e respiratória domiciliar”**

**I – RELATÓRIO**

1. Em síntese dos fatos relatados na inicial, o Requerente de 26 anos, é portador de distrofia muscular progressiva tipo Duchenne (DMD), causado por mutação sem sentido (ou mutação de ponto) do gene da distrofina. Foi solicitado profissionais qualificados de acordo com a necessidade do tratamento específico, especialistas no manuseio dos aparelhos necessários para o tratamento recomendado pelos médicos. Em razão do Autor encontrar-se com densidade mineral óssea abaixo dos limites para a faixa etária (exame 27/11/2017), tais tratamentos precisam ser, indispensavelmente, a domicílio, por causa do risco de fraturas durante a movimentação, além da dificuldade de locomoção, haja vista a quantidade de sessões semanais necessárias e os horários de disponibilidade dos médicos, que conflitam com os horários de trabalho dos pais do autor.
2. Às fls. 126 e 127 constam relatório médico, emitidos em 25/11/2019 pela Dr<sup>a</sup> Ana Lúcia Langer, CRM SP 43507, descrevendo que o paciente [REDACTED] é portador de distrofia muscular tipo Duchenne (DMD), cadeirante, com tetraparesia



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

---

flácida progressiva, associada a comprometimentos da musculatura intercostal, tosse ineficaz e distúrbio ventilatório restritivo severo de grau grave. Apesar da gravidade da doença, as terapias de Fonoaudiologia (2 vezes por semana) e Fisioterapia motora e respiratória recebidas (5 vezes por semana) durante o ano de 2019, quando comparado aos anos anteriores, apresentaram resultados surpreendentes.

3. Em continuação ao item anterior, a fisioterapia respiratória especializada mostrou resultados positivos em relação ao difícil controle da secreção pulmonar, aliado a um quadro de tosse ineficiente. Deve ser realizado exercícios de Air-Stacking para expansão pulmonar e manobras de auxílio à tosse, seguindo com a terapia do COUGH ASSIST. Este equipamento funciona com altos níveis de pressão, realizando reexpansão pulmonar e higiene brônquica de forma eficiente e satisfatória. Durante as sessões indica-se o uso do BIPAP (aparelho de ventilação mecânica não invasiva (VNI), durante a manutenção fisioterapêutico neurofuncional, com objetivo de melhorar o aporte de oxigênio e possibilitar melhor execução dos movimentos e exercícios propostos a DMD, sem que haja fadiga muscular. Recomenda-se um tempo médio de 60 minutos a cada sessão para a realização das terapias motora e respiratória.

## 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.



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

---

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 imediato.

3. Sendo a **DISTROFIA DE DUCHENNE** uma doença rara, ela está inclusa no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras do SUS, instituída por meio da **Portaria GM/MS nº 199/2014**. Essa política pública tem o objetivo de oferecer atenção integral a pacientes com anomalias congênitas, problemas metabólicos, deficiência intelectual e doenças raras não genéticas, incluindo a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação nos casos indicados, em todos os níveis de atenção, possibilitando identificar e tratar os principais problemas de saúde relacionados às doenças raras.

## **DA PATOLOGIA**

1. A **Distrofia Muscular de Duchenne (DMD)** é uma doença hereditária progressiva que possui herança recessiva ligada ao cromossomo X. Portanto, afeta a metade dos membros masculinos da família, e a metade dos membros do sexo feminino são portadores assintomáticos. Afeta aproximadamente 1 em 3.500 meninos nascidos vivos. O gene anormal localiza-se no braço curto do cromossomo X, locus Xp21, sub-banda Xp212. O gene em condições normais é o responsável pela produção de uma



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

---

- proteína chamada distrofina, localizada no sarcolema das fibras musculares.
2. As manifestações clínicas normalmente começam na infância, geralmente nos três primeiros anos de vida. As alterações funcionais iniciam-se com o enfraquecimento muscular, que ocorre gradualmente e de forma ascendente, simétrica e bilateral, com início na cintura pélvica e membros inferiores, progredindo para musculatura de tronco e para a musculatura responsável pela sustentação da postura bípede, cintura escapular, membros superiores, pescoço e músculos respiratórios. A fraqueza muscular torna-se evidente por volta dos cinco anos de idade, quando as crianças apresentam sintomas iniciais, tais como dificuldade de deambular, pular e correr, além de quedas frequentes. A força muscular tanto extensora do joelho quanto do quadril não são suficientes para permitir a extensão voluntária do tronco quando o paciente se levanta do solo, desencadeando o sinal de Gowers.
  3. À medida que a doença evolui a fraqueza dos músculos glúteo médio e mínimo resultam em inclinação da pelve quando a criança se mantém em bipedestação; visto que, com a progressão da doença essa inclinação fica ainda mais perturbada, assumido um aspecto típico devido ao excesso de movimento em cintura pélvica, a denominada marcha miopática ou anserina.
  4. O paciente vai perdendo a capacidade de deambular, ficando então confinado a cadeira de rodas, aproximadamente a partir dos 10 aos 13 anos de idade. Durante a progressão da doença, surge insuficiência respiratória com dificuldade na ventilação, falta de força para tossir, ocasionando infecções respiratórias de repetição, que na maioria dos casos, levam o paciente ao óbito. O músculo cardíaco também é afetado em praticamente todos os pacientes que sobrevivem por maior tempo. O óbito ocorre por volta dos 18 aos 25 anos por comprometimento cardíaco ou insuficiência respiratória.
  5. O diagnóstico precoce é o principal ponto de partida, como o conhecimento de que as terapias não medicamentosas podem ter grande impacto na velocidade do desenvolvimento de deficiências funcionais. Existem recomendações prioritárias



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

---

quanto ao acompanhamento e cuidado dos pacientes com DMD em cada estágio da doença, e antecipar as complicações conhecidas, e focar nos fatores que as levam, ajudam a modificar mais rapidamente a história natural da doença.

6. Algumas medidas de proteção, precisam ser mais rigorosas no cumprimento das recomendações, como: os cuidados cardíacos e respiratórios. A mortalidade na DMD está relacionada a complicações cardíacas ou respiratórias, e um bom manejo nesse sentido modifica a expectativa e qualidade de vida desses pacientes.

## **DO TRATAMENTO**

1. Alguns tratamentos medicamentosos têm sido testados no sentido de prolongar a sobrevida do paciente com DMD, diminuindo a velocidade de sua progressão inexorável. Os corticoides são medicamentos utilizados na tentativa de melhorar parcialmente a função pulmonar e a força muscular global. A prednisona ou a prednisolona são os corticoides mais usados na prática clínica para tal finalidade. Inclusive, a prednisolona tem sido indicada para crianças portadoras de DMD para manter a deambulação e prevenir ou retardar a escoliose, deformidade óssea frequente nesta patologia. Porém, estas drogas possuem efeitos colaterais importantes, incluindo obesidade, catarata, distúrbio do crescimento, diabetes, hipertensão arterial e osteoporose. Tratamentos recentes com deflazacort tem reduzido significativamente estes efeitos colaterais indesejados, que acometem preferencialmente crianças. O albuterol oral tem sido utilizado como tratamento alternativo para DMD. Pesquisadores observaram melhora da força muscular em crianças com DMD em uso de albuterol via oral. Porém, são necessários estudos futuros com albuterol oral para se chegar a uma conclusão significativa.
2. Tratamentos promissores que garantem revolucionar o tratamento e o prognóstico da DMD nos próximos anos incluem: oxandrolone, esteroide que acelera o crescimento muscular e melhora a força muscular; “DNA plasmide”; fatores de crescimento



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

---

- “insulino-like”, substância que promove a melhora da tolerância muscular à fadiga; transplante de mioblastos; creatina monohidratada, sua suplementação melhora a força muscular global e aumenta a massa muscular magra; e utrofina, proteína que pode substituir a distrofina na junção neuromuscular.
3. A atuação da fisioterapia empregada no paciente com distrofia muscular de Duchenne tem o objetivo de retardar a incapacidade de andar e a dependência em relação à cadeira de rodas, além de prevenir deformidades e outras complicações de cunho respiratório e traumático, como as fraturas. Para tanto, a fisioterapia lança mão da cinesioterapia motora e respiratória, com o intuito de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.
  4. Com a evolução da doença, uma das opções de tratamento pode ser a realização da hidroterapia. A hidroterapia é uma forma clássica de tratamento fisioterapêutico utilizada em inúmeras disfunções. Neste tipo de tratamento, as propriedades físicas da água aquecida promovem facilitação dos movimentos e alívio das dores, além de permitir o trabalho em grupo e tornar a terapia agradável, permitindo realizar determinadas atividades que seriam impossíveis em solo.
  5. A hidroterapia realizada em piscina terapêutica é utilizada para manter a força muscular, a capacidade respiratória, as amplitudes articulares e evitar os encurtamentos musculares. A movimentação voluntária e a adoção de diversas posturas podem ser facilitadas e os exercícios de alongamento muscular podem ser realizados com o alívio da dor.
  6. A literatura mostra que exercícios concêntricos são benéficos quando realizados de forma segura e precisa pelos fisioterapeutas, aumentando e/ou mantendo a força muscular dos pacientes com DMD.
  7. Em contrapartida, os exercícios excêntricos são pouco tolerados pelo paciente. Estudos mostram que a força elevada durante as contrações musculares excêntricas pode afetar o metabolismo do colágeno e até estruturas tendíneas do tecido conjuntivo. Durante o



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

---

- exercício excêntrico há um maior risco de dano muscular, pois nesta ação o músculo estará em trabalho de força e sendo alongado simultaneamente, aumentando seu estresse.
8. Os objetivos de tratamento da fisioterapia, perante o quadro apresentado pelos indivíduos portadores dessa doença são os de permitir que ele tenha domínio sobre seus movimentos, coordenação e equilíbrio; manter ou melhorar amplitude de movimento (ADM); manter a força a musculatura da cintura escapular e pélvica e músculos da respiração; adequar a postura (em pé, sentada e deitada) o mais próximo do normal e prevenir o encurtamento muscular.
  9. A fisioterapia respiratória mostra-se essencial para aumentar a expectativa de vida dos pacientes, sendo realizadas manobra de reexpansão pulmonar, desinsuflação e desobstrução, dependendo do problema respiratório apresentado pelo paciente.
  10. O avanço da doença pode ser retardado com o uso de técnicas e recursos oferecidos pela equipe multidisciplinar. A família deve ser orientada quanto aos cuidados necessários com os portadores de DMD. Medicamentos, medidas desobstrutivas, apoio nutricional, e respiração por pressão positiva intermitente nasal, ajudam a prolongar o tempo de vida do paciente. É preciso intervir para melhora do quadro já esperado. O principal objetivo da fisioterapia é capacitar a criança para realizar suas atividades diárias. Quanto mais precoce for a intervenção fisioterapêutica, melhor o prognóstico para o paciente com DMD. Além disso, a literatura mostra que o uso de órteses para membros superiores e membros inferiores, as alterações e adequações do mobiliário, e o suporte respiratório, tornam a criança menos dependente de seus cuidadores nas tarefas e atividades de vida diária, aumentando conseqüentemente sua auto-estima e a qualidade de vida.
  11. Às recomendações de reabilitação propostas por Bushby não se acrescentam novidades. Kinnett ratifica as recomendações do consenso, destacando o papel do fisiatra, fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, e a necessidade de avaliações





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

especializadas a cada 4 a 6 meses (Quadro 3).

12. O Quadro 3 resume os acréscimos às recomendações de consenso extraídos dos artigos revisados. De uma forma geral, os artigos posteriores ao consenso confirmam as suas recomendações, destacando especificidades do manejo como a necessidade de tratar agressiva e precocemente infecções de vias aéreas, precaução na suplementação de oxigênio na ventilação mecânica e na ressuscitação, e a necessidade de visita anual ao pneumologista como parte da avaliação do paciente com DMD.

Quadro 3: Revisão das recomendações sobre Reabilitação na DMD (2009-2016)<sup>3,8,14,15,16,17,18</sup>

Sobre a Reabilitação
<p>Alongamento pode ser ativo, ativo-assistido, passivo; atenção ao posicionamento, órteses e aparelhos para ortostase; frequência de 4-6x/sem (casa e/ou clínica)<sup>3</sup></p> <p>Programas de ortostase são recomendados à medida que se perde a deambulação<sup>3</sup></p> <p>Intervenção cirúrgica para contraturas tem indicação individualizada<sup>3</sup></p> <p>Em relação às calças, a órtese tornozelo-pé está contraindicada na fase deambulante; órtese joelho-tornozelo-pé pode prolongar tempo de marcha na fase deambulante tardia<sup>3</sup></p> <p>Na fase deambulante precoce, um aparelho para mobilidade leve e manual está indicado para longas distâncias; na fase deambulante tardia, indicada cadeira ultraleve manual com assento e encosto sólidos, assento para suportar simetria espinhal, alinhamento neutro de MMII e descansos móveis para os pés; na fase não deambulante precoce, cadeira manual com assento sob medida, reclinável (<i>back-up</i> da cadeira eletrônica)<sup>3</sup></p> <p>Com a perda da capacidade de deambulação, indicada cadeira eletrônica, com assento sob medida, componentes eletrônicos de posicionamento, descanso de cabeça, assento e encosto sólidos, suporte lateral de tronco, inclinação e reclínio elétricos, ajuste eletrônico da altura do assento e elevador eletrônico do descanso de MMII (com suporte móvel de pés, para facilitar transferências); indicado auxílio de um especialista em tecnologias assistivas de reabilitação, para avaliação de acesso alternativo a controle por computador ou ambiental, como sistema por toque de língua, <i>switch scanning</i>, apontador infravermelho ou seleção pela mirada de olhar; outras adaptações nos estágios deambulante tardio e não-deambulante devem incluir bandeja elevada para alimentação com canudo adaptado, cantil de acesso sem necessidade do uso de mãos e/ou disco rotatório (<i>turntable</i>), indicado se mãos não conseguem chegar à boca ou se a força de bíceps é 2/5; cama com ajuste eletrônico com colchão ou colcha para alívio de pressão (caixa de ovo, d'água), equipamento de banho e banheiro, e aparelhos de transferência, incluindo elevador hidráulico para o paciente, elevador de fixação no teto, lençóis de transferência e opções para controle remoto do ambiente<sup>3</sup></p> <p>Estão contraindicados treinamento de força com alta resistência e exercícios excêntricos, enquanto estão indicados (para todos os deambulantes e para os não deambulantes em fase precoce) atividade regular de fortalecimento funcional submáximo (leve), incluindo uma combinação de exercícios aquáticos e recreativos na comunidade; natação é altamente recomendada (benefícios respiratórios e de condicionamento aeróbico) enquanto for fisicamente segura, mesmo nos não deambulantes. Interromper/modificar atividade física quando houver dor muscular significativa ou mioglobinúria no período de 24h após a atividade<sup>3</sup></p>
<p>Nunca esqueça da fisioterapia e terapia ocupacional, fisioterapia e reabilitação</p> <p>Avaliações especializadas a cada 4-6 meses<sup>4</sup></p>
Manejo Respiratório
<p>Imunização com vacina anti-pneumococo 23-valente (PPV23) é recomendada para os pacientes com mais de 2 anos de idade; uso anual com a vacina inativada anti-influenza trivalente (TIV) está indicada para pacientes maiores de 6 meses de idade<sup>3</sup></p> <p>Se deambulante e &gt; 6 anos, CVF sentado, anualmente; se não deambulante, oximetria de pulso, CVF sentado, Pico de Fluxo de Tosse, pressões máximas ins e expiratórias, semestralmente; se não deambulante e sob suspeita de hipoventilação ou CVF &lt; 50% do predito ou em uso de ventilação assistida, nível de ETCO<sub>2</sub>, acordado, por capnografia; durante infecções respiratórias agudas, se Pico de Fluxo de Tosse de base &lt; 270 L/min ou em qualquer momento se Pico de Fluxo de Tosse de base &lt; 160 L/min, realizar oximetria de pulso intradomiciliar; se clínica de hipoventilação, avaliar da troca gasosa durante o sono (domiciliar ou laboratorialmente); se CVF &lt; 40% do previsto e/ou ETCO<sub>2</sub> ou sanguíneo de base acordado &gt; 45 mmHg e/ou SpO<sub>2</sub> de base acordado &lt; 95% OU CVF &lt; 1,25L em adolescentes ou pacientes mais velhos, avaliar troca gasosa durante o sono (domiciliar ou laboratorialmente)<sup>3</sup></p> <p>Intervenções sequenciais: etapa 1 (recrutamento de volume/ técnica de inspiração pulmonar profunda); etapa 2 (técnicas manuais ou mecânicas de tosse assistida); etapa 3 (ventilação noturna); etapa 4 (ventilação diurna); e etapa 5: traqueostomia<sup>3</sup></p> <p>Ventilação contínua não-invasiva (com tosse assistida mecânica) pode facilitar extubação endotraqueal para pacientes que foram intubados durante doença aguda ou anestesia, seguido por desmame para ventilação assistida não invasiva noturna, se aplicável<sup>3</sup></p>
<p>Recomenda-se visita anual ao pneumologista a partir do diagnóstico da doença<sup>14</sup></p>
<p>Uso da técnica de empilhamento de ar quando VC &lt; 80% em relação ao normal e se for ineficiente por acometimento glótico, usar insuflações passivas pulmonares profundas</p> <p>Comprimento ulnar ou envergadura devem ser usados para predizer função pulmonar em crianças com doenças neuromusculares quando a estatura não pode ser medida com acurácia<sup>17</sup></p>
<p>Pais e cuidadores de crianças com doenças neuromusculares graves, incluindo todas em uso de VNI e todas em uso de traqueostomia, devem receber treinamento de suporte básico de vida<sup>14</sup></p>





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

---

13. Em relação ao uso de solução salina na nebulização, Hull recomenda que seja considerada em crianças com secreções espessas e persistentes, enquanto Strickland afirma que não há evidências suficientes que suportem essa conduta. Bach destaca a possibilidade do uso da técnica de empilhamento de ar para aumentar a capacidade respiratória. Há recomendação de que pais e cuidadores de crianças com doenças neuromusculares graves, incluindo todas em uso de VNI e todas em uso de traqueostomia, recebam treinamento de suporte básico de vida.
14. Apesar da crescente publicação de trabalhos relacionados aos cuidados com o paciente com Distrofia Muscular de Duchenne, as recomendações feitas em consenso pelo grupo liderado por Bushby entre 2009 e 2010 ainda mantêm-se atuais. Alguns acréscimos podem ser feitos, principalmente nas áreas de diagnóstico, manejo cardíaco e respiratório.
15. Pelo consenso de 2018 (revisão literária de 2010 a 2016), vamos nos focar no Estágio 5: Estágio posterior da doença (final da adolescência até a idade adulta) Atenção à manutenção do conforto e independência.

#### Reabilitação

Nesta fase, é necessária uma cadeira de rodas motorizada e também deve ser fornecido apoio de braço (Nível de evidência: 5D, Classe de recomendação: D).

O suporte respiratório não invasivo aumentou a sobrevida da DMD nas últimas duas décadas. A traqueostomia é preferida porque é menos invasiva, mais confortável e mantém a capacidade de fala. Capacidade vital forçada abaixo de 40% (ou 50% para alguns autores), ou a presença de hipoxemia ou hipercapnia noturna, com sintomas de fadiga, cefaleia matinal, sonolência, dificuldade de concentração, perda de apetite e depressão, são indicações para o uso de ventilação não invasiva em dois níveis. Deve ser iniciado com pressão positiva expiratória nas vias aéreas baixa (0-4 cmH<sub>2</sub>O) e pressão positiva inspiratória nas vias aéreas 10 cmH<sub>2</sub>O maior (Nível de evidência: 2C, Classe de recomendação: C). A suplementação de oxigênio deve ser usada com cautela



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

---

devido ao alto risco de hipercapnia narcose e apneia.

O acesso à informática e a descoberta e/ou manutenção de uma atividade no dia a dia ajudam o paciente a ter uma vida significativa.

## **DO PLEITO**

### **1. Fisioterapia Neurofuncional, motora e respiratória domiciliar**

## **III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO**

1. De acordo com os documentos anexados, trata-se de Requerente de aproximadamente 27 anos, com distrofia muscular tipo Duchenne, com relatório médico solicitando fisioterapia neurofuncional, motora e respiratória.
2. A **Fisioterapia Neurofuncional** é a área de atuação da Fisioterapia que age de forma preventiva, curativa, adaptativa ou paliativa nas sequelas resultantes de danos ao Sistema Nervoso, abrangendo tanto o Sistema Nervoso Central como o Periférico, bem como àqueles com doenças neuromusculares (do neurônio motor, da placa motora e do músculo propriamente dito – miopatias). O Fisioterapeuta com habilidade neurofuncional tem a responsabilidade de avaliar o paciente, dar o diagnóstico cinético funcional, prescrever o tratamento e realizá-lo. Podem se beneficiar desse serviço crianças e adultos com sequelas de diferentes complexidades e distribuições corporais tais como hemiplegias, paraplegias, cerebelopatias, disfunções vestibulares, parkinsonismo, polineuropatias, miopatias, doenças do neurônio motor, etc.
3. A **Fisioterapia é procedimento disponibilizado pelo SUS**, classificado como média complexidade, inscrita, no caso dos distúrbios neurocinéticos, sob o código 03.02.06.002-2 como: “Atendimento Fisioterapêutico em Pacientes com Distúrbios Neuro-Cinético-Funcionais com complicações sistêmicas”, de acordo com o Sistema de



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

---

Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (tabela SIGTAP), estando previsto no máximo 20 sessões/mês, é de média complexidade.

4. A **consulta/atendimento domiciliar** é procedimento disponibilizado pelo SUS, classificado como média complexidade, inscrita sob o código 03.01.01.013-7 como: consiste na consulta/atendimento domiciliar realizada por profissional de nível superior à paciente em atenção domiciliar.
5. O **atendimento fisioterápico em paciente com transtorno respiratório com complicações sistêmicas** é procedimento disponibilizado pelo SUS, classificado como média complexidade, inscrita sob o código 03.02.04.001-3 como: atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório de natureza clínica ou pré/pós cirúrgica, com disfunção pulmonar e insuficiência respiratória, necessitando de monitorização cardíaca e/ou ventilo-respiratória. A indicação do quantitativo a ser realizado ambulatorialmente é de 20 procedimentos/mês e na internação é de 05 procedimentos/dia.
6. De acordo com o site oficial do COFFITO, no que diz respeito a formação profissional do fisioterapeuta, em seu item VI – Educação Permanente está descrito que:

“os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais”.
7. Ainda consta que a formação do Fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas. Citaremos alguns itens dessa formação:



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

---

VI – realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

XV – conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

8. **Considerando que nos documentos enviados, o Estado disponibilizou os profissionais, porém a genitora recusou-os sob o argumento de que eles não possuíam a qualificação necessária (descrito no despacho); considerando que o laudo médico está desatualizado quanto ao quadro clínico do paciente (emitido em nov/2019); este Núcleo conclui, que o paciente em tela tem indicação de realizar fisioterapia na área neurofuncional, motora e respiratória,** visto que faz parte da reabilitação do paciente com a distrofia muscular e que cabe ao Município disponibilizar o procedimento, identificando os profissionais que se encontrem habilitados para realizar os procedimentos, visto que fazem parte de sua formação profissional.
9. Esta é uma doença muscular progressiva, que pode levar a insuficiência respiratória e parada respiratória, então pode evoluir para situação de urgência ou emergência médica.





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

---

**REFERÊNCIAS**

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd16.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf)>.
- Perfil clínico e funcional dos pacientes com Distrofia Muscular de Duchenne assistidos na **Associação Brasileira de Distrofia Muscular (ABDIM)**. Disponível em: <[http://www.abdim.org.br/wpcontent/uploads/2012/10/perfil\\_clinico\\_e\\_funcional\\_2006.pdf](http://www.abdim.org.br/wpcontent/uploads/2012/10/perfil_clinico_e_funcional_2006.pdf)>
- CARBONERO, F. C.; ZAGO, G.M.; CAMPOS, D. Tecnologia Assistiva na Distrofia Muscular de Duchenne: Aplicabilidade e Benefícios. Rev Neurocienc 2012;20(1):109-116. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2001/revisao%2020%2001/654%20revisao.pdf>
- Souza, Igor Emanuel Ribeiro de et al;. Distrofia Muscular de Duchenne: Complicações e tratamentos. Disponível em: <https://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015184820.pdf>
- Fortes, Clarisse Pereira Dias Drumond et al; CUIDADOS COM A PESSOA COM DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: REVISANDO AS RECOMENDAÇÕES; Rev Bras Neurol. 54(2):5-13, 2018; Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/07/907004/revista542v4-artigo1.pdf>



## **Poder Judiciário**

Estado do Espírito Santo

Núcleo de Assessoramento Técnico aos Juízes – NAT

---

- Araujo, Alexandra P. Q. C. Et al; Consenso brasileiro para distrofia muscular de Duchenne. Parte 2: reabilitação e cuidados sistêmicos. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/JnZn9PBZ4vRqvZ7Xg9RZbKR/abstract/?lang=pt>