Nota Técnica 523468

Data de conclusão: 25/06/2026 11:19:24

Paciente

Idade: 7 anos

Sexo: Masculino

Cidade: Rio Grande/RS

Dados do Advogado do Autor

Nome do Advogado: -

Número OAB: -

Autor está representado por: -

Dados do Processo

Esfera/Órgão: Justiça Federal

Vara/Serventia: 2° Núcleo de Justiça 4.0 - RS

Tecnologia 523468-A

CID: G80 - Paralisia cerebral

Diagnóstico: paralisia cerebral secundária à hipóxia neonatal

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Procedimento

Descrição: Atendimento Especializado

O procedimento está inserido no SUS? Sim

O procedimento está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Atendimento Especializado

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: reabilitação intelectual promovida por Centros Especializados em Reabilitação (CER), Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e por Centros de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi). Há reabilitação multidisciplinar incluindo terapia fonoaudiológica, terapia ocupacional e fisioterapia por métodos convencionais/tradicionais, desenvolvidos através de um projeto terapêutico singular, baseado na avaliação das necessidades de cada paciente.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Atendimento Especializado

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Atendimento Especializado

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: A fisioterapia motora enfatiza o desenvolvimento das habilidades motoras grossas, como amplitude de movimento, força e estabilidade. No caso das terapias motoras, diversas intervenções foram consideradas comprovadamente eficazes e recomendadas para uso clínico, destacando-se as intervenções ativas baseadas em treinamento. Essas abordagens têm em comum a prática de tarefas e atividades da vida real, com movimentos ativos autogerados, realizados em alta intensidade e voltados à conquista de metas funcionais definidas pela criança ou pelos cuidadores. O mecanismo de ação é a plasticidade experiência-dependente, que promove aprendizado motor por meio da prática direcionada [5].
O método Bobath baseia-se em um conceito neuroevolutivo ou neurodesenvolvimento, uma forma de observar e interpretar o desempenho motor respeitando a sequência necessária da aquisição das habilidades dentro do desenvolvimento neuropsicomotor típico para determinada tarefa. Sua aplicação clínica não se baseia em técnicas padronizadas, mas sim em um plano individualizado de reabilitação baseado no entendimento do método, usualmente conduzido por fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou fonoaudiólogo. Dessa forma, não se constitui em um protocolo normatizado, mas sim em um conceito que se adapta a cada situação individual e que se modifica ao longo do tempo de acordo com a emergência de novas teorias e conceitos [6,7]. Destina-se à reabilitação de pessoas com transtornos sensório-motores, como PC ou sequela de AVC, e busca a recuperação dos segmentos corporais acometidos em oposição às compensações de movimento [8].
Uma revisão sistemática conduzida por Zanon et al. [9], teve como objetivo avaliar os efeitos do método Bobath em crianças com paralisia cerebral. Seguindo as recomendações do Cochrane Handbook e as diretrizes do PRISMA Statement, os autores identificaram três ensaios clínicos randomizados (dois publicados e um em andamento), totalizando 66 crianças. Os estudos publicados apresentaram limitações metodológicas e de relato, sendo que apenas um deles forneceu dados relevantes aos desfechos de interesse. A análise não demonstrou diferença significativa entre o método Bobath e a fisioterapia convencional quanto à função motora grossa (diferença média de 1,40; IC95% ?5,47 a 8,27; evidência de baixa certeza). Assim, os

autores concluíram que os efeitos do método Bobath permanecem incertos, e que as evidências disponíveis não sustentam seu uso rotineiro na reabilitação de crianças com paralisia cerebral.

Outro revisão sistemática, de Novak et al. (2020) [10], analisou 182 intervenções para prevenção e tratamento da paralisia cerebral, classificando-as segundo o nível de evidência em esquema de “luzes de trânsito”. No campo da fisioterapia, o estudo identificou forte evidência (luz verde) para intervenções ativas e orientadas a metas, como goal-directed training (para melhora das habilidades motoras grossas), constraint-induced movement therapy (CIMT), bimanual training, task-specific training, strength training, treadmill training e partial body-weight support treadmill training. Essas abordagens foram associadas a melhora funcional motora e maior desempenho em tarefas específicas, sustentadas por ensaios clínicos de boa qualidade. Todas essas intervenções têm as seguintes características em comum: prática de tarefas e atividades da vida real, utilizando movimentos ativos gerados pela própria criança, em alta intensidade, em que a prática é diretamente direcionada ao alcance de um objetivo definido pela própria criança (ou, se necessário, por um responsável). Intervenções complementares, como realidade virtual, estimulação elétrica funcional e hidroterapia, apresentaram evidência moderada (luz amarela). Em contrapartida, terapias passivas ou de base neuroevolutiva tradicional (Bobath/NDT), integração sensorial e oxigenoterapia hiperbárica não demonstraram benefício significativo e foram classificadas como ineficazes (luz vermelha).

Em uma meta-análise conduzida por Te Velde et al [11] avaliou a eficácia do método Bobath em crianças e lactentes com paralisia cerebral ou risco elevado para essa condição. Após a triagem de 667 registros, foram incluídos 34 estudos (35 publicações), totalizando 1.332 participantes. Os autores realizaram quatro meta-análises envolvendo desfechos de função motora. Os resultados mostraram ausência de diferença significativa entre o método Bobath e o grupo controle (tamanho de efeito combinado: 0,13; IC95% ?0,20 a 0,46) e evidenciaram superioridade de abordagens baseadas em atividades funcionais (tamanho de efeito 0,76; IC95% 0,12 a 1,40) e em estruturas e funções corporais (0,77; IC95% 0,19 a 1,35) quando comparadas ao Bobath. Não foram observadas diferenças entre doses maiores ou menores do método.

A fonoaudiologia é parte consensual do cuidado multidisciplinar da criança com paralisia cerebral, abrangendo linguagem, fala motora/disartria, comunicação aumentativa e alternativa e alimentação/deglutição. Diretrizes como a NICE incluem fala, comunicação, alimentação e deglutição entre os domínios essenciais do cuidado em PC [12].

A evidência disponível sugere benefício potencial da terapia fonoaudiológica em comunicação funcional, mas a qualidade geral dos estudos ainda é limitada, e não há parâmetro universal para definir carga horária semanal, número ideal de sessões ou duração total do tratamento [13,14]. Assim, a necessidade de fonoaudiologia é tecnicamente reconhecida, mas a carga de cinco horas semanais deve ser justificada por avaliação individualizada, com objetivos claros e instrumentos funcionais validados — em particular o Communication Function Classification System (CFCS) [15] e o Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS) [16].

A terapia ocupacional (TO) visa desenvolver, recuperar ou manter habilidades essenciais para realizar atividades do dia a dia, promovendo a autonomia do paciente [4]. A terapia ocupacional pelo método AIS baseia-se na hipótese de que várias experiências sensoriais (vestibular, proprioceptiva, gravitacional, tátil, visual e auditiva) ajudam a orientar o desenvolvimento, a partir da organização das sensações do próprio corpo e do meio ambiente. O tratamento consiste na introdução de estímulos sensoriais intensivos utilizando equipamentos e técnicas específicas, oferecido por terapeutas ocupacionais [17].

A TO baseada na Integração Sensorial de Ayres (AIS - método de Ayres) fundamenta-se na hipótese de que a exposição controlada a diferentes estímulos sensoriais (vestibulares,

proprioceptivos, gravitacionais, táteis, visuais e auditivos) contribui para o desenvolvimento neurossensorial e motor, a partir da organização das sensações do corpo e do ambiente. O tratamento consiste na introdução de estímulos sensoriais intensivos utilizando equipamentos e técnicas específicas, oferecido por terapeutas ocupacionais [17].

Uma revisão sistemática avaliou a eficácia de diferentes terapias conceituais e terapias adicionais, entre elas a abordagem AIS, na reabilitação de crianças com PC [18]. Apenas um estudo testou a intervenção de interesse, comprada a um programa domiciliar, no nível de comprometimento e atividade por duas escalas distintas. As crianças que receberam o programa AIS demonstraram efeitos significativamente positivos em ambos os níveis, comparado ao programa domiciliar. Além do pequeno tamanho amostral (n=41), o resultado do estudo foi apresentado através do tamanho de efeito observado dentro de cada grupo, comprometendo a comparação de interesse e a generalização dos resultados. Por fim, os autores da revisão sistemática classificaram a evidência como nível III-IV e consideraram que o resultado deste único estudo deve ser interpretado com cautela.

Em 2022, a American Academy of Pediatrics em seu relatório de recomendações sobre cuidados primários para crianças com PC, considerou que as evidências científicas não apoiam o uso de terapia AIS para melhorar a organização sensorial ou as habilidades motoras nesse grupo populacional [19].

No que se refere ao pleito por atendimento psicopedagógico, trata-se de área interdisciplinar vinculada principalmente ao campo educacional, voltada ao processo de aprendizagem e frequentemente exercida por profissionais com formação em pedagogia ou psicologia e especialização em psicopedagogia. No Brasil, políticas públicas de educação especial garantem o direito de pessoas com transtornos do desenvolvimento à inclusão em escolas regulares, com oferta de recursos pedagógicos e Atendimento Educacional Especializado (AEE), inclusive por meio de Salas de Recursos Multifuncionais e centros multidisciplinares previstos no Plano Nacional de Educação, que atuam de forma complementar ao ensino convencional para promover acessibilidade e apoio ao processo educacional [20].

Não foram identificadas revisões sistemáticas ou ensaios clínicos relevantes que sustentem a psicopedagogia clínica como intervenção específica para crianças com paralisia cerebral.

A psicologia é a ciência que estuda o comportamento, as emoções, os processos mentais e a interação entre eles. O psicólogo, profissional graduado em psicologia, trabalha tanto na promoção da saúde mental quanto no tratamento de transtornos mentais, ajudando o paciente a regular suas emoções e controlar seus comportamentos. O trabalho pode envolver a prevenção, diagnóstico e intervenção em diversos contextos, desde questões cotidianas até distúrbios mentais mais complexos [21,22].

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Fisioterapia Bobath	4 sessões semanais	208	R$ 220,00	R$ 45.760,00
Fonoaudiologia desenvolvimento da fala e da linguagem	3 sessões semanais	156	R$ 160,00	R$ 24.960,00
Terapia Ocupacional	2 sessões semanais	104	R$ 150,00	R$ 15.600,00
Total	R$ 86.320,00			

* Segundo orçamento anexo ao processo (Evento 13, OUT4, Página 1).
Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para as terapias pleiteadas. A tabela acima foi elaborada com base no orçamento anexado pela parte autora, considerando uma estimativa de custo para tratamento anual. Ademais, os valores nela descritos não correspondem à totalidade dos pleitos formulados no processo.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Quanto ao acompanhamento multiprofissional, de modo geral, intervenções multidisciplinares individualizadas apresentam potencial para promover ganhos funcionais e adaptativos; contudo, a superioridade de abordagens específicas permanece controversa na literatura.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: Atendimento Especializado

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: As terapias pleiteadas podem trazer benefícios a pessoas com paralisia cerebral (PC), especialmente no que se refere a aspectos de comunicação, interação social, desempenho motor e qualidade de vida. Suas indicações, contudo, devem ser sempre individualizadas, à luz do quadro clínico-funcional, das necessidades específicas do paciente e da definição de objetivos terapêuticos claros, mensuráveis e periodicamente reavaliados. Reconhece-se a importância do autor receber a reabilitação intelectual, porém, esta parece que vem sendo realizada com as terapias já disponibilizadas no momento.
Embora a fisioterapia motora seja indicada para o caso em tela, não há comprovação de superioridade dos métodos específicos, como o Bobath, em relação às técnicas fisioterapêuticas convencionais baseadas em treinamento motor ativo e orientado a metas. Os estudos comparativos disponíveis não demonstram benefício adicional consistente desses métodos, havendo necessidade de pesquisas adicionais com maior rigor metodológico para definir sua efetiva contribuição clínica.
Por ora, justifica-se o parecer desfavorável pela disponibilidade de tratamento no sistema público de saúde, resguardando o provimento jurisdicional para os casos de indisponibilidade do tratamento e justificada gravidade e/ou urgência, o que não se caracteriza no presente caso. A interferência jurisdicional no acesso a tratamentos sob regulação pode implicar em iniquidade e prejuízo aos demais pacientes que aguardam há mais tempo que a parte.
Ressaltamos que o presente parecer desfavorável não significa que a parte autora não deve ter acesso a terapias de reabilitação intelectual de forma geral, conforme disponibilidade de oferta da rede, e que no presente caso é provável que a demanda seja de terapia continuada, sendo inadequada a limitação de número de sessões ou afins. Ainda, quanto a questões de regulação e tempo em fila de espera, ressalta-se que o simples apontamento da necessidade de regulação não deve encerrar o processo de atendimento. É imprescindível que sejam prestadas informações claras sobre o caso concreto, incluindo a posição do paciente na fila, a estimativa de tempo de espera e as medidas de gestão e priorização que vêm sendo adotadas para o gerenciamento da demanda.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do

CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Barkoudah E. Cerebral palsy: overview of management and prognosis. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate; 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cerebral-palsy-overview-of-management-and-prognosis

2. Barkoudah E. Cerebral palsy: treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate; 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cerebral-palsy-treatment-of-spasticity-dystonia-and-associated-orthopedic-issues

3. Engelen V, Ketelaar M, Gorter JW. Selecting the appropriate outcome in paediatric physical therapy: how individual treatment goals of children with cerebral palsy are reflected in GMFM-88 and PEDI. J Rehabil Med. 2007;39(3):225-31.

4. Damiano DL. Activity, activity, activity: rethinking our physical therapy approach to cerebral palsy. Phys Ther. 2006;86(11):1534-40.

5. Martins E, Cordovil R, Oliveira R, et al. Efficacy of suit therapy on functioning in children and adolescents with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. Dev Med Child Neurol. 2016;58(4):348-360.

6. Bobath - Neurological Rehabilitation - Treatments - Physio.co.uk [Internet]. Disponível em: https://www.physio.co.uk/treatments/neurological-rehabilitation/bobath.php

7. Associação Brasileira para o Desenvolvimento e Divulgação do Conceito Neuroevolutivo Bobath. ABRADIMENE. abradimene.org.br. ABRADIMENE.

8. Pagnussat A de S, Simon A de S, Santos CG dos, Manacero S, Ramos RR. Atividade eletromiográfica dos extensores de tronco durante manuseio pelo Método Neuroevolutivo Bobath. Fisioterapia em Movimento. 2013;26:855–62.

9. Zanon MA, Pacheco RL, Latorraca C de OC, Martimbianco ALC, Pachito DV, Riera R. Neurodevelopmental Treatment (Bobath) for Children With Cerebral Palsy: A Systematic Review. J Child Neurol. outubro de 2019;34(11):679–86.

10. Novak I, Morgan C, Fahey M, Finch-Edmondson M, Galea C, Hines A, et al. State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy. Current neurology and neuroscience reports. 2020;20(2):1–21.

11. Te Velde A, Morgan C, Finch-Edmondson M, McNamara L, McNamara M, Paton MCB, et al. Neurodevelopmental Therapy for Cerebral Palsy: A Meta-analysis. Pediatrics. 1o de junho de 2022;149(6):e2021055061.

12. National Institute for Health and Care Excellence. Cerebral palsy in under 25s: assessment and management. NICE guideline NG62. London: NICE; 2017.

13. Pennington L, Goldbart J, Marshall J. Speech and language therapy to improve the communication skills of children with cerebral palsy. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003466.

14. Pennington L, Parker NK, Kelly H, Miller N. Speech therapy for children with dysarthria acquired before three years of age. Cochrane Database Syst Rev. 2016;7(7):CD006937.

15. Hidecker MJC, Paneth N, Rosenbaum PL, et al. Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2011;53(8):704-710.

16. Sellers D, Mandy A, Pennington L, Hankins M, Morris C. Development and reliability of a system to classify the eating and drinking ability of people with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2014;56(3):245-251.

17. Schaaf RC, Miller LJ. Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with developmental disabilities. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2005;11(2):143-148.

18. Franki I, Desloovere K, De Cat J, Feys H, Molenaers G, Calders P, et al. The evidence-base for conceptual approaches and additional therapies targeting lower limb function in children with cerebral palsy: a systematic review using the ICF as a framework. J Rehabil Med. maio de 2012;44(5):396–405.

19. Noritz G, Davidson L, Steingass K, Council on Children with Disabilities, THE AMERICAN ACADEMY FOR CEREBRAL PALSY AND DEVELOPMENTAL MEDICINE, Council on Children with Disabilities, THE AMERICAN ACADEMY FOR CEREBRAL PALSY AND DEVELOPMENTAL MEDICINE. Providing a Primary Care Medical Home for Children and Youth With Cerebral Palsy. Pediatrics. 21 de novembro de 2022;e2022060055.

20. Plano Nacional de Educação 2014-2024 [recurso eletrônico] : Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. – 2. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. – (Série legislação ; n. 193).

21. McGrew JH, Ruble LA, Smith IM. Autism spectrum disorder and evidence?based practice in psychology. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2016;23:239.

22. Warren Z, Veenstra-VanderWeele J, Stone W, Bruzek JL, Nahmias AS, Foss-Feig JH, et al. Therapies for Children With Autism Spectrum Disorders [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56343/

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentação anexada aos autos (vento 1, LAUDO9, Página 1), a parte autora apresenta diagnóstico de paralisia cerebral secundária à hipóxia neonatal, associada à prematuridade extrema, evoluindo com atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor. Apresenta, ainda, quadro de epilepsia. Diante desse quadro clínico, foi prescrito tratamento multidisciplinar, por prazo indeterminado, compreendendo: i) fisioterapia neurofuncional pelo método Bobath (4 vezes por semana); ii) fonoaudiologia (3 vezes por semana); iii) terapia ocupacional (2 vezes por semana); iv) terapia ocupacional com integração sensorial (3 vezes por semana); v) fisioterapia motora (3 vezes por semana); vi) psicologia (3 vezes por semana); e vii) psicopedagogia (Evento 1, LAUDO17, Página 2-12). Além disso, foram indicados os seguintes dispositivos para utilização durante as terapias: i) cadeira de banho adaptada com cinto de posicionamento; ii) cadeira de rodas adaptada; iii) órtese termoplástica AFO fixa; iv) parapodium; e v) veste terapêutica “Thera Togs Full Body” (Evento 22, LAUDO2, Página 3).
Atualmente, a parte autora realiza acompanhamento junto à APAE de seu município, onde realiza sessões semanais de fisioterapia. Todavia, não foram identificadas, nos autos, negativas administrativas relacionadas ao fornecimento das terapias e dos insumos prescritos. Diante desse contexto, a parte autora busca, pela via jurisdicional, o custeio e o fornecimento dos tratamentos multidisciplinares e dos dispositivos terapêuticos indicados.
A presente nota versará a respeito das terapias multiprofissionais supracitadas. Os pleitos relacionados aos insumos serão descritos em nota independente.
A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo heterogêneo de condições permanentes e secundárias à lesão no sistema nervoso central ocorrida no desenvolvimento fetal ou no cérebro imaturo [1]. Os distúrbios motores da PC são frequentemente acompanhados por distúrbios de sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento; por epilepsia e por problemas músculo-esqueléticos secundários. O paciente com PC e menos de 18 anos pode ser classificado de acordo com sua função motora grossa, em cinco níveis, segundo o sistema de classificação Gross Motor Function Classification System - GMFCS [2].
Não existe uma terapia padrão para a PC [1,2]. O tratamento é sistêmico e tem o objetivo de atender às principais dificuldades apresentadas pela criança, podendo incluir fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Esta última visando desenvolver força muscular e habilidades para promoção da independência motora, como caminhar, sentar e manter o equilíbrio [3,4].

Tecnologia 523468-B

CID: G80 - Paralisia cerebral

Diagnóstico: paralisia cerebral secundária à hipóxia neonatal

Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s): laudo médico

Descrição da Tecnologia

Tipo da Tecnologia: Produto

Registro na ANVISA? Sim

Situação do registro: Válido

Descrição: OPME

O produto está inserido no SUS? Sim

O produto está incluído em: SIGTAP

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: OPME

Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar: não se aplica.

Custo da Tecnologia

Tecnologia: OPME

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: OPME

Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia: Cadeira de banho adaptada
Não foi identificada política pública que englobe o provimento de cadeira de banho. Ao acessar equipe da atenção básica, com capacitação para oferecer rotina de Atenção Domiciliar, os cuidadores deverão ser orientados em relação à técnica correta de banho no leito, a higiene será realizada adequadamente, tornando a cadeira de banho um item a ser usado somente em pacientes que apresentam capacidade de sentar-se e manter-se nessa posição, sem risco de queda.
Cadeira de rodas adaptada
Quanto ao pleito de cadeira de rodas, essa visa possibilitar a mobilidade da paciente e, conforme documentos anexados aos autos, seu fornecimento ocorre através da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul [6]. Nos termos do fluxo administrativo instituído pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o usuário que necessitar de cadeira de rodas deverá comparecer à unidade básica de saúde mais próxima de sua residência, munido de documento de identificação e cartão do SUS, a fim de requerer avaliação médica. Constatada a indicação clínica, o profissional responsável procederá ao encaminhamento do paciente para avaliação especializada em instituição de reabilitação física habilitada pelo Ministério da Saúde e contratualizada junto à Secretaria Estadual da Saúde, no âmbito da Rede de Cuidados. Referida Rede, regulamentada pelo Ministério da Saúde desde 2012, possui como finalidade assegurar a inclusão social e a integralidade da assistência à pessoa com deficiência, mediante ações de reabilitação física, auditiva, visual e intelectual. Ademais, conforme os critérios técnicos e a necessidade individual do usuário, admite-se, inclusive, o fornecimento de mais de uma cadeira de rodas.
Órtese Termoplástica AFO fixa
Quanto às órteses suropodálicas, também chamadas de órteses tornozelo-pé ou ankle-foot

orthosis (AFO) [7], são dispositivos ortopédicos utilizados para compensar a perda de função dos músculos da perna na movimentação e estabilização do tornozelo. Seus principais objetivos incluem: (a) prevenir deformidades em equino; (b) ampliar a dorsiflexão quando articuladas e associadas a um distrator; e (c) controlar o alinhamento do pé e tornozelo, influenciando a distribuição de peso, postura, equilíbrio e marcha.

Geralmente confeccionadas em termoplástico de alta temperatura, especialmente polipropileno, essas órteses podem ser fixas, restringindo o movimento do tornozelo, ou articuladas, permitindo a dorsiflexão. As versões articuladas são recomendadas para quem consegue caminhar, devendo ser ajustadas aos maléolos para evitar rotações indesejadas durante o apoio do peso [8].

Independentemente do modelo, é essencial orientar o usuário sobre possíveis desconfortos, como coceira, dor ou marcas na pele, que podem indicar pressão inadequada. Caso isso ocorra, ajustes devem ser feitos para evitar lesões, e o paciente deve retornar ao profissional responsável para reavaliação da adaptação da órtese [7,8].

O SUS oferece gratuitamente órteses e próteses sob medida por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, garantindo o acesso da população a dispositivos de reabilitação conforme indicação clínica e avaliação multiprofissional. Para obtenção da prótese, o paciente deve ser encaminhado por profissional de saúde a um serviço habilitado pelo SUS, onde será realizada avaliação especializada, prescrição do dispositivo adequado e confecção personalizada conforme as necessidades funcionais do usuário. Após a entrega, também são ofertados acompanhamento, adaptação e manutenção do equipamento, com o objetivo de promover maior autonomia, inclusão social e qualidade de vida [9].

Parapodium

O parapodium é um dispositivo ortótico (órtese) que permite que crianças com lesões neurológicas graves, como lesão medular ou mielomeningocele, fiquem em posição vertical (em pé) mesmo sem controle muscular adequado dos membros inferiores [10]. As indicações geralmente são para crianças com lesão medular alta, mielomeningocele com níveis neurológicos elevados e outras condições que impedem a sustentação de peso de forma independente, sendo utilizado principalmente em crianças que não conseguem ficar em pé ou caminhar sem assistência [10]. A evidência científica para dispositivos de postura em pé (incluindo parapodium) é bastante limitada, não sendo identificado na literatura estudos de qualidade metodológica adequada.

6.1.5 Veste terapêutica “Thera Togs Full Body”

TheraTogs® é uma órtese dinâmica, que consiste em uma roupa íntima (colete e calção com faixas com velcro) ortopédica desenvolvida a partir de Delta-flex, um tecido leve e respirável que é velcro sensível. Foi desenvolvido para fornecer um toque agradável e oferecer alinhamento e estabilidade do tronco através de estímulos proprioceptivos que promovem uma correção biomecânica e uma melhor orientação espacial. Com o uso desta veste acredita-se que possa ocorrer uma maior estabilidade proximal favorecendo a estabilidade do corpo e permitindo maior equilíbrio e movimentos com menor esforço. É recomendado que seja feito uso da veste associado ao tratamento fisioterapêutico, apesar de parecer haver algum ganho funcional apenas utilizando a órtese. O uso da roupa pode ser feito por 12 horas/dia em crianças com PC [11].

Em revisão sistemática de 2017 os autores realizaram uma busca de estudos de 2000 a 2016 com crianças e jovens com diagnóstico de PC com limitações e incapacidades funcionais que realizaram tratamentos com vestes terapêuticas (TheraTogs) combinadas ou não com outros protocolos terapêuticos no tratamento. Tinham por objetivo avaliar o efeito do uso dessas terapias na funcionalidade, incluindo melhora na estrutura e função corporal, bem como ganhos nas atividades e participação em atividades de vida diária. Treze artigos foram analisados e

percebeu-se que a recomendação do uso das vestes para crianças e jovens com PC ainda é fraca, visto que não estão claras ainda as vantagens e desvantagens. A eventual melhora do uso das vestes pode estar associada à terapia e não à veste em si. Efeitos de longo prazo ainda não foram sistematicamente investigados, tampouco há estudos que demonstrem em que faixa etária ou em que nível de disfunção é melhor indicado o uso das vestes [12].

Em uma segunda revisão sistemática, os autores realizaram buscas de estudos publicados até julho de 2021 com crianças com o diagnóstico de PC que realizaram tratamentos com órteses dinâmicas. O objetivo desta revisão foi avaliar os efeitos das intervenções com tais órteses nos parâmetros espaço-temporais da marcha. Foram incluídos 12 estudos que demonstraram grande heterogeneidade de desenhos metodológicos, de tamanho amostral e de tipos de intervenção (dois estudos avaliaram a veste Therasuit, três a veste Adeli, três a veste TheraTog, um estudo uma veste de elastômero, outro estudo uma roupa de corpo inteiro, outro uma órtese de cinto e, por fim, outro estudo avaliou o uso de uma calça e camiseta). Identificou-se, naqueles estudos de maior qualidade metodológica, mudanças significativas pós-intervenção na velocidade de marcha (cadência, comprimento de passo e simetria do passo). Contudo, a heterogeneidade nos desenhos metodológicos dos estudos incluídos associada à ausência de pesquisas de alta qualidade metodológica sinaliza a necessidade de realização de estudos com qualidade adequada sobre o tema para que seja possível avaliar os ganhos funcionais para crianças com PC. Não há ainda um protocolo padronizado para o uso destas vestes órteses dinâmicas, assim como também não há estudos que demonstrem os efeitos a longo prazo. Por fim, identifica-se como fator de confusão o fato de que os participantes dos estudos com as órteses dinâmicas costumam realizar protocolos intensivos de fisioterapia. Ou seja, não está claro se o efeito do tratamento está na fisioterapia intensiva ou no uso das órteses [13].

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
Cadeira de banho	Cadeira de Banho Infantil H2 Concha Ortobras - M	1	R$ 1.666,66	R$ 1.666,66
Cadeira de rodas	Carrinho Kimba 2.0 Tam 2 - Ottobock - Cinza	1	R$ 21.153,66	R$ 21.153,66
Órtese AFO fixa infantil	Par de órteses tipo AFO (Ankle Foot Orthosis) fixas, sob medida	1	R$ 1.700,00	R$ 1.700,00
Parapodium	PARAPODIUM 1 RECLIN ATE 8 GRAUS AZUL ATE 1,20M	1	R$ 3.005,00	R$ 3.005,00
Vestes/Coletes Terapêuticos	Body Panda BTP - Infantil - Cor: Azul; Tamanho: M	1	R$ 1.625,87	R$ 1.625,87
Total	R$ 29.151,19			

* Segundo orçamento anexo ao processo (Evento 13, OUT5, Página 1; Evento 13, OUT8, Página 1; Evento 13, OUT13, Página 1; Evento 13, OUT15, Página 1; Evento 13, OUT17, Página 1).
Atualmente, não existe uma base de dados oficial que disponibilize valores de referência para as terapias pleiteadas. Assim, a tabela acima foi elaborada com base nos orçamentos apresentados pela parte autora, adotando-se como parâmetro o orçamento de menor valor.
De acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, o procedimento de cadeira de rodas para banho com assento sanitário prevê reembolso de R$ 485,60 no âmbito do SUS. A cadeira de rodas padrão prevê um valor de R$ 890,60. A órtese suropodálica metálica prevê um valor de R$ 139,70, a de polipropileno articulada de R$ 159,60 e a não articulada de R$ 130,00. Esses valores não necessariamente refletem os custos do procedimento, mas indicam sua disponibilidade no SUS.

Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: Para cadeira de banho, o benefício é indeterminado; para cadeira de rodas, espera-se garantir mobilidade e higiene com segurança; espera-se equilíbrio e marcha com o uso da órtese; para vestimenta específica o benefício é indeterminado.

Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante: Não avaliada

Conclusão

Tecnologia: OPME

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: Trata-se de demanda para fornecimento de múltiplos insumos à paciente com paralisia cerebral. No que se refere à solicitação de cadeira de rodas e órtese termoplástica, ambos os itens encontram-se disponíveis na rede pública, sendo ofertados pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, não havendo registro de negativa administrativa ao longo do processo. Quanto ao uso da órtese dinâmica TheraTogs® em crianças com paralisia cerebral, as evidências científicas atualmente disponíveis ainda são insuficientes para comprovar benefício clínico relevante, seja em magnitude, seja em duração dos efeitos, em comparação à fisioterapia neuromotora convencional, tratamento que a autora já realiza regularmente.
Recomendamos que a assistência à parte autora possa ser feita pela Rede de Atenção à Saúde - SUS, uma vez que existe uma estrutura assistencial disponibilizada pelo município e deve ser utilizada. Considera-se de suma importância a inclusão do serviço social da SMS de Rio Grande no cuidado longitudinal da parte autora e no apoio à equipe de saúde do SUS.
Destacamos, por fim, a imprescindibilidade da consideração de todas as questões expostas, na valorização das políticas públicas de saúde e também em decisões individuais, sob risco de inadvertidamente prover atendimento privilegiado, com recursos públicos extraídos da coletividade que, mesmo em países ricos, são finitos e possuem destinações orçamentárias específicas com pouca margem de realocação, e cuja destinação inadequada pode acarretar prejuízos à toda população assistida pelo SUS.
Em suma, a partir dos dados disponibilizados no processo, daquilo que está disponível no município, da Política Pública vigente e da revisão da literatura acima descrita, consideramo-nos desfavoráveis ao pleito de equipamentos adaptados, ressaltando que isso não significa que a paciente não deva manter acesso ao acompanhamento multiprofissional e terapias e equipamentos usualmente disponíveis no SUS.

Há evidências científicas? Sim

Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? Não

Referências bibliográficas:

1. Barkoudah E. Cerebral palsy: overview of management and prognosis. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate; 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cerebral-palsy-overview-of-management-and-prognosis

2. Barkoudah E. Cerebral palsy: treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues. In: UpToDate. Waltham (MA): UpToDate; 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cerebral-palsy-treatment-of-spasticity-dystonia-and-associated-orthopedic-issues

3. Engelen V, Ketelaar M, Gorter JW. Selecting the appropriate outcome in paediatric physical therapy: how individual treatment goals of children with cerebral palsy are reflected in GMFM-88 and PEDI. J Rehabil Med. 2007;39(3):225-31.

4. Damiano DL. Activity, activity, activity: rethinking our physical therapy approach to cerebral palsy. Phys Ther. 2006;86(11):1534-40.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Relatório n° 50 - Procedimento cadeira de rodas motorizada na tabela de órteses, próteses e materiais especiais não relacionados ao ato cirúrgico do SUS. Brasília (DF), 2013.

6. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Saúde da Pessoa com Deficiência. Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, [s.d.]. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/saude-da-pessoa-com-deficiencia

7. CARDOSO, C.M.C.; BARBOSA, D.M.; SILVA, P.N. Órteses: Conceitos, Tipos e Produção. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Técnico em Órteses e Próteses: Livro-Texto. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Confecção e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção: confecção e manutenção de próteses de membros inferiores, órteses suropodálicas e adequação postural em cadeira de rodas. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

9. BRASIL. Ministério da Saúde. SUS oferece gratuitamente órteses e próteses sob medida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/sus-oferece-gratuitamente-orteses-e-proteses-sob-medida

10. Vogel LC, Lubicky JP. Ambulation with parapodia and reciprocating gait orthoses in pediatric spinal cord injury. Dev Med Child Neurol. 1995 Nov;37(11):957-64.

11. El Kafy, E.M.A., El-Shamy, S.M. Efficacy of TheraTogs orthotic undergarment on modulation of spinal geometry in children with diplegic cerebral palsy. Bull Fac Phys Ther. 2021; 26, 29.

12. Almeida KM, Fonseca ST, Figueiredo PRP, Aquino AA, Mancini MC. Effects of interventions with therapeutic suits (clothing) on impairments and functional limitations of children with cerebral palsy: a systematic review. Braz J Phys Ther. 2017 Sep-Oct;21(5):307-320.

13. Belizón-Bravo N, Romero-Galisteo RP, Cano-Bravo F, Gonzalez-Medina G, Pinero-Pinto E, Luque-Moreno C. Effects of Dynamic Suit Orthoses on the Spatio-Temporal Gait Parameters in Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review. Children (Basel). 2021 Nov 5;8(11):1016.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme documentação anexada aos autos (vento 1, LAUDO9, Página 1), a parte autora apresenta diagnóstico de paralisia cerebral secundária à hipóxia neonatal, associada à prematuridade extrema, evoluindo com atraso global do desenvolvimento neuropsicomotor. Apresenta, ainda, quadro de epilepsia. Diante desse quadro clínico, foi prescrito tratamento multidisciplinar, por prazo indeterminado, compreendendo: i) fisioterapia neurofuncional pelo método Bobath (4 vezes por semana); ii) fonoaudiologia (3 vezes por semana); iii) terapia ocupacional (2 vezes por semana); iv) terapia ocupacional com integração sensorial (3 vezes por semana); v) fisioterapia motora (3 vezes por semana); vi) psicologia (3 vezes por semana); e vii) psicopedagogia (Evento 1, LAUDO17, Página 2-12). Além disso, foram indicados os seguintes dispositivos para utilização durante as terapias: i) cadeira de banho adaptada com cinto de posicionamento; ii) cadeira de rodas adaptada; iii) órtese termoplástica AFO fixa; iv) parapodium; e v) veste terapêutica “Thera Togs Full Body” (Evento 22, LAUDO2, Página 3).
Atualmente, a parte autora realiza acompanhamento junto à APAE de seu município, onde realiza sessões semanais de fisioterapia. Todavia, não foram identificadas, nos autos, negativas administrativas relacionadas ao fornecimento das terapias e dos insumos prescritos. Diante desse contexto, a parte autora busca, pela via jurisdicional, o custeio e o fornecimento dos tratamentos multidisciplinares e dos dispositivos terapêuticos indicados.
A presente nota versará a respeito dos insumos supracitadas. Os pleitos relacionados ao acompanhamento multiprofissional serão descritos em nota independente.
A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo heterogêneo de condições permanentes e secundárias à lesão no sistema nervoso central ocorrida no desenvolvimento fetal ou no cérebro imaturo [1]. Os distúrbios motores da PC são frequentemente acompanhados por distúrbios de sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento; por epilepsia e por problemas músculo-esqueléticos secundários. O paciente com PC e menos de 18 anos

pode ser classificado de acordo com sua função motora grossa, em cinco níveis, segundo o sistema de classificação Gross Motor Function Classification System - GMFCS [2].
Não existe uma terapia padrão para a PC [1,2]. O tratamento é sistêmico e tem o objetivo de atender às principais dificuldades apresentadas pela criança, podendo incluir fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia. Esta última visando desenvolver força muscular e habilidades para promoção da independência motora, como caminhar, sentar e manter o equilíbrio [3,4].