Data: 11/02/2016

|  |  |
| --- | --- |
| Medicamento |  |
| Material |  |
| Procedimento | x |
| Cobertura |  |

NT – 04/2016

**Solicitante: Juíza de Direito Anna Carolina Goulart Martins e Silva**

Comarca:

Número do processo: 9008877.02.2016.813.0024

Autor: G.V.O.L.

Réu: Unimed Rio

**TEMA:**  **Therasuit e equoterapia em criança portadora de paralisia cerebral (PC) diplégica devido sequela de prematuridade e leucomalácia periventricular**

Sumário

[1. Demanda 2](#_Toc440377859)

[2. Contexto 2](#_Toc440377860)

[3. Descrição da tecnologia avaliada 5](#_Toc440377861)

[4. Disponibilidade no SUS 6](#_Toc440377862)

[5. Revisão da literatura: 6](#_Toc440377863)

[6. Recomendação: 8](#_Toc440377864)

[7. Referências 9](#_Toc440377865)

1. Demanda

Prezada equipe Nats

Por ordem da MM. Juíza de Direito ANNA CAROLINA GOULART MARTINS E SILVA solicito a análise técnica do caso pretendido por W.R.L., CPF 752.866.026-49, processo número 9008877.02.2016.813.0024, conforme documentos anexos. (final da nota)

Cordialmente,

Marli Gomes Sampaio
Oficial de Apoio Judicial
4ª Unidade Jurisdicional Cível - BH

1. Contexto

**Relatório médico:**

****

**Paralisia cerebral (PC)** é um termo geral utilizado para se referir a uma doença cerebral não progressiva, originando-se durante o período pré-natal, neonatal e pós-parto imediato, quando as conexões neuronais ainda estão em formação.Os efeitos secundários da espasticidade no crescimento podem ser, entretanto, progressivos. Pode haver distúrbiosadicionais de sensibilidade, percepção, cognição, comunicação e comportamento; intestino/bexiga neurogênica; doençado refluxo gastroesofágico (DRGE); sialorreia (secreção excessiva de saliva); dificuldades de alimentação e deglutição; e/ou epilepsia. A PC também é conhecida como doença de Little.1

Um comprometimento grave na perfusão e/ou oxigenação cerebral após trauma no nascimento causa encefalopatia hipóxica-isquêmica. Uma encefalopatia neonatal similar também pode ocorrer em condições inflamatórias, como febre e infecção materna. Entre 26 e 34 semanas de gestação, ocorre uma vulnerabilidade seletiva da substância branca periventricular (por exemplo, para leucomalácia periventricular [LPV] ou hemorragia periventricular) envolvendo a cápsula interna. Os danos fetais nesse momento podem resultar em diplegia espástica. Essas alterações na substância branca também são encontradas em 71.3% das crianças com diplegia espástica, 34.1% com hemiplegia espástica em 35.1% com quadriplegia espástica, apesar de 25% desses casos serem de nascimentos a termo.1

A prevalência de paralisia cerebral (PC) em países desenvolvidos é de 2 a 3 em cada 1000. Nos EUA, estima-se que haja 7.000.000 crianças e adultos até 50 anos de idade com PC. Nas últimas 3 décadas, a incidência permaneceu estável, somente com um leve aumento em virtude da sobrevida elevada de crianças com baixo peso ao nascer. Em países com poucos recursos, a incidência é 3 vezes maior, em decorrência de cuidados pré-natais inadequados, problemas nutricionais e falta de serviços de obstetrícia e assistência perinatal.1

1. Descrição da tecnologia avaliada

A veste TheraSuit é uma órtese dinâmica, constituída de cordas elásticas (específicas e antialérgicas), ajustadas de acordo com a necessidade específica do paciente. O paciente, com auxílio da veste, recebe informações contínuas de proprioceptores e de alinhamento correto. Desta maneira é possível inibir movimentos reflexos e permanecer em um padrão postural mais próximo do normal, aprendendo ou reaprendendo determinados movimentos. Com este auxílio, o tronco tem maior estabilidade, facilitando a coordenação das extremidades. Ver figura 1

Figura 1 – Veste therasuit



Fonte: <http://www.cervim.com.br/cervim/index.php/habilitacao-e-reabilitacao/therasuit>

Acesso em 12/02/2016

Equoterapia é um método terapêutico e educacional, que utiliza o [cavalo](https://pt.wikipedia.org/wiki/Cavalo) dentro de uma [abordagem multidisciplinar](https://pt.wikipedia.org/wiki/Abordagem) [e interdisciplinar](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=E_interdisciplinar&action=edit&redlink=1), nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o [desenvolvimento biopsicossocial](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Desenvolvimento_biopsicossocial&action=edit&redlink=1) de pessoas com [deficiências](https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Defici%C3%AAncias&action=edit&redlink=1) e/ou necessidades especiais.

1. Disponibilidade no SUS

Não disponível

1. Revisão da literatura:

**Pergunta estruturada**

**Paciente:** portadora de paralisia cerebral diplégica devido sequela de prematuridade e leucomalácia periventricular

**Intervenção:** Therasuit e equoterapia

**Comparação:** Fisioterapias convencionais

**Desfecho:** Melhora do desempenho motor,Melhora da qualidade de vida.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Base de dados** | **Estratégia de busca** | **Artigos encontrados** | **Artigos selecionados** |
| uptodate | Cerebral palsy | 1 | 1 |
| Bristish Medical Journal (BMJ, best practice) | Cerebral palsy | 1 | 1 |
| PubMed | therasuit[All Fields] AND ("cerebral palsy"[MeSH Terms] OR ("cerebral"[All Fields] AND "palsy"[All Fields]) OR "cerebral palsy"[All Fields]) | 3 | 3 |
| PubMed | (("equine-assisted therapy"[MeSH Terms] OR ("equine-assisted"[All Fields] AND "therapy"[All Fields]) OR "equine-assisted therapy"[All Fields] OR "hippotherapy"[All Fields]) AND ("cerebral palsy"[MeSH Terms] OR ("cerebral"[All Fields] AND "palsy"[All Fields]) OR "cerebral palsy"[All Fields])) AND systematic[sb] | 8 | 4 |

A fisioterapia faz parte de programas estabelecidos para o tratamento de PC. Apesar da efetividade em promover funções físicas ser incerto, a promoção da fisioterapia apresenta importante papel no suporte e encorajamento aos cuidadores de pacientes com PC, de como estabelecer o melhor manejo manual, *toilet*, banho e alimentação, para promover e facilitar a postura, mobilidade e transporte.2

**Técnicas úteis**: A eficácia e evidência varia substancialmente entre diferentes tipos de fisioterapia. As melhores abordagens são: 2

* **Treinamento bimanual** – consiste em treinar a criança a usar as duas mãos em conjunto através de tarefas repetitivas. 3,4
* **Terapia de movimento induzido por restrição** – promove a função do membro afetado, incentivando o seu uso através da contenção intermitente do mesmo durante as tarefas terapêuticas 3,4. O método de contenção varia de segurar a mão de uma criança, até a liberação, sendo que o período de tempo no sistema de retenção varia de 1 a 24 horas por dia. "O uso forçado" é uma variação dessa técnica em que o uso do membro é incentivado apenas por colocação do sistema de retenção contralateral; não há tarefas terapêuticas adicionais atribuídas ao membro afetado.5,6
* Terapia de contexto focado - Promove o desempenho da tarefa com sucesso, alterando a tarefa ou o ambiente em vez de mudar a abordagem da criança. Um único ensaio randomizado mostrou que este era tão eficaz quanto a terapia focada na criança.7
* Formação dirigida a objetivos / funcionais - Concentra-se em atividades com base nas metas estabelecidas pela criança, utilizando uma abordagem de aprendizagem motora.8,9
* Terapia ocupacional para as atividades dos membros superiores - Utiliza uma variedade de abordagens de fisioterapia, e pode ser em conjunto com o tratamento com toxina botulínica. 10–13

**Outras Terapias:** Uma variedade de outras intervenções têm sido usadas em tentativas para melhorar a função motora em paralisia cerebral (PC). Para cada uma das seguintes intervenções, há pouca ou nenhuma evidência para apoiar um efeito benéfico.2

* Terapia assistida com utilização de animais são de fraca evidência.14
* Fisioterapia assintecial por tecnologia.15
* **Hipoterapia ou equoterapia.**16
* Treinamento de força.17,18
* Treinamento em esteira.19,20
* Educação condutiva. 21
* Hidroterapia, massagem, terapia oral-motora, assento e posicionamento, treinamento de força, alongamento, **therasuit** e vibração de corpo inteiro.22

A busca na base de dados PubMed, retornou três revisões sistemáticas, que não encontraram efetividade na fisioterapia com o Therasuit em crianças portadoras de PC.23–25

A busca na base de dados PubMed sobre fisioterapia com equoterapia (utilização de cavalos) em crianças portadotadoras de PC retornos 8 estudos. Foram selecionadas quatro revisões sistemáticas16,26–28, que não encontraram efetividade da utilização dessa técnica no tratamento de crianças portadoras de PC.

# Considerações/Recomendação:

Especificamente, sobre o uso do Therasuit22 e sobre a equoterapia16, solicitadas para a paciente, portadora de PC diplégica devido sequela de prematuridade e leucomalácia periventricular, as evidências científicas que apontam pela **NÃO RECOMENDAÇÃO** desses métodos, em relação às terapia convencionais, **são fortes**, basedas em **revisões sistemáticas[[1]](#footnote-1)** (conforme o Centro de Medicina Baseada em Evidência da Universidade de Oxford do Reino Unido) ou seja, melhor evidência científica disponível.

**O NATS não recomenda a fisioterapia com Therasuit e equoterapia, em detrimento das fisioterapias convencionais, regularmente oferecidas pelo ROL da ANS.**

Referências

1. PRACTICE BB. Paralisia cerebral. *BMJ BEST Pract*. 2014.

2. Miller G. Management and prognosis of cerebral palsy. *uptodate All Top are Updat as new Evid becomes available our peer Rev Process is Complet Lit Rev Curr through Jan 2016 | This Top last Updat Nov 30, 2015*. 2016.

3. Sakzewski L, Ziviani J, Abbott DF, Macdonell RAL, Jackson GD, Boyd RN. Randomized trial of constraint-induced movement therapy and bimanual training on activity outcomes for children with congenital hemiplegia. *Dev Med Child Neurol*. 2011;53(4):313-320. doi:10.1111/j.1469-8749.2010.03859.x.

4. Sakzewski L, Ziviani J, Boyd RN. Efficacy of upper limb therapies for unilateral cerebral palsy: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2014;133(1):e175-e204. doi:10.1542/peds.2013-0675.

5. Hoare BJ, Wasiak J, Imms C, Carey L. Constraint-induced movement therapy in the treatment of the upper limb in children with hemiplegic cerebral palsy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD004149. doi:10.1002/14651858.CD004149.pub2.

6. Tinderholt Myrhaug H, Ostensjø S, Larun L, Odgaard-Jensen J, Jahnsen R. Intensive training of motor function and functional skills among young children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2014;14(1):292. doi:10.1186/s12887-014-0292-5.

7. Law MC, Darrah J, Pollock N, et al. Focus on function: A cluster, randomized controlled trial comparing child- versus context-focused intervention for young children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2011;53(7):621-629. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.03962.x.

8. Novak I, Cusick A, Lannin N. Occupational therapy home programs for cerebral palsy: double-blind, randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2009;124(4):e606-e614. doi:10.1542/peds.2009-0288.

9. Ketelaar M, Vermeer A, Hart H, van Petegem-van Beek E, Helders PJ. Effects of a functional therapy program on motor abilities of children with cerebral palsy. *Phys Ther*. 2001;81(9):1534-1545.

10. Wasiak J, Hoare B, Wallen M. Botulinum toxin A as an adjunct to treatment in the management of the upper limb in children with spastic cerebral palsy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(4):CD003469. doi:10.1002/14651858.CD003469.pub3.

11. Boyd RN, Hays RM. Current evidence for the use of botulinum toxin type A in the management of children with cerebral palsy: a systematic review. *Eur J Neurol*. 2001;8 Suppl 5:1-20. doi:10.1046/j.1468-1331.2001.00034.x.

12. Lannin N, Scheinberg A, Clark K. AACPDM systematic review of the effectiveness of therapy for children with cerebral palsy after botulinum toxin A injections. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48(6):533-539. doi:10.1017/S0012162206001125.

13. Fehlings D, Novak I, Berweck S, Hoare B, Stott NS, Russo RN. Botulinum toxin assessment, intervention and follow-up for paediatric upper limb hypertonicity: International consensus statement. *Eur J Neurol*. 2010;17(SUPPL. 2):38-56. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.03127.x.

14. Winkle M, Crowe TK, Hendrix I. Service dogs and people with physical disabilities partnerships: A systematic review. *Occup Ther Int*. 2012;19(1):54-66. doi:10.1002/oti.323.

15. Jones MA, McEwen IR, Neas BR. Effects of power wheelchairs on the development and function of young children with severe motor impairments. *Pediatr Phys Ther*. 2012;24(2):131-140. doi:10.1097/PEP.0b013e31824c5fdc.

16. Whalen N. C, Case-Smith J. Therapeutic Effects of Horseback Riding Therapy on Gross Motor Function in Children with Cerebral Palsy: A Systematic Review. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2012;32(3):229-242. doi:10.3109/01942638.2011.619251.

17. Dodd KJ, Taylor NF, Damiano DL. A systematic review of the effectiveness of strength-training programs for people with cerebral palsy. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(8):1157-1164. doi:10.1053/apmr.2002.34286.

18. Mockford M, Caulton JM. Systematic review of progressive strength training in children and adolescents with cerebral palsy who are ambulatory. *Pediatr Phys Ther*. 2008;20(4):318-333. doi:10.1097/PEP.0b013e31818b7ccd.

19. Zwicker JG, Mayson T a. Effectiveness of treadmill training in children with motor impairments: an overview of systematic reviews. *Pediatr Phys Ther*. 2010;22(4):361-377. doi:10.1097/PEP.0b013e3181f92e54.

20. Mutlu A, Krosschell K, Spira DG. Treadmill training with partial body-weight support in children with cerebral palsy: A systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51(4):268-275. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.03221.x.

21. Darrah J, Watkins B, Chen L, Bonin C. Conductive education intervention for children with cerebral palsy: an AACPDM evidence report. *Dev Med Child Neurol*. 2004;46(03):187-203. doi:10.1017/S0012162204000337.

22. novak I, Mcintyre S, Morgan C, et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: State of the evidence. *Dev Med Child Neurol*. 2013;55(10):885-910. doi:10.1111/dmcn.12246.

23. Bailes AF, Greve K, Burch CK, Reder R, Lin L, Huth MM. The effect of suit wear during an intensive therapy program in children with cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther*. 2011;23(2):136-142. doi:10.1097/PEP.0b013e318218ef58.

24. Bailes AF, Greve K, Schmitt LC. Changes in two children with cerebral palsy after intensive suit therapy: a case report. *Pediatr Phys Ther*. 2010;22(1):76-85. doi:10.1097/PEP.0b013e3181cbf224.

25. Christy JB, Chapman CG, Murphy P. The effect of intense physical therapy for children with cerebral palsy. *J Pediatr Rehabil Med*. 2012;5(3):159-170. doi:10.3233/PRM-2012-0208.

26. Dewar R, Love S, Johnston LM. Exercise interventions improve postural control in children with cerebral palsy: A systematic review. *Dev Med Child Neurol*. 2015;57(6):504-520. doi:10.1111/dmcn.12660.

27. Tseng S-H, Chen H-C, Tam K-W. Systematic review and meta-analysis of the effect of equine assisted activities and therapies on gross motor outcome in children with cerebral palsy. *Disabil Rehabil*. 2012;35(April 2012):1-11. doi:10.3109/09638288.2012.687033.

28. Herrero Gallego P, García Antón E, Monserrat Cantera ME, Oliván Blázquez B, Gómez Trullén EM, Trenado Molina J. Efectos terapéuticos de la hipoterapia en la parálisis cerebral: una revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2012;34(5):225-234. doi:10.1016/j.ft.2012.03.008.

**Anexos:**



















1. <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>

Acesso em 12/02/2016 [↑](#footnote-ref-1)