

NOTA TÉCNICA 6436**IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO**

CÂMARA/VARA: Primeira Vara Criminal e da Infância e Juventude

COMARCA: Nova Lima

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

IDADE: 05 anos

PEDIDO DA AÇÃO: 1- Fornecer sessões de Fisioterapia pelo Conceito Neuroevolutivo Bobath, na forma, método e intensidade prescritos pela médica assistente, na frequência de 03 (três) sessões semanais, sem limitação ao número de sessões anuais, por tempo indeterminado;

2- Fornecer imediatamente, as sessões de Fisioterapia Aquática, na forma, método e intensidade prescritos pela médica assistente, na frequência de 02 (duas) sessões semanais, sem limitação ao número de sessões anuais, por tempo indeterminado;

3- Fornecer imediatamente, as sessões de Equoterapia, na forma, método e intensidade prescritos pela médica assistente, na frequência de 02 (duas) sessões semanais, sem limitação ao número de sessões anuais, por tempo indeterminado.

DOENÇA(S) INFORMADA(S): Q909 SÍNDROME DE DOWN

FINALIDADE / INDICAÇÃO:

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRM 39768

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0006436

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Há evidências científicas da eficácia das terapias indicadas para o quadro clínico descrito nos autos?

R:As terapias indicadas não apresentam benéficos acionais comparadas com terapias convencionais.

As terapias são indispensáveis?

R: Não

Fornecer os subsídios técnicos pertinentes às terapias e as respectivas frequências.

Outras informações que possam demonstrar a eficácia e imprescindibilidade do tratamento na forma prescrita.

III – CONSIDERAÇÕES E RESPOSTAS:

Trata-se paciente nascido em 22/10/2020 portador de trissomia 21 totalmente dependente para as atividades da vida diária, solicita terapias .O tratamento do quadro clínico apresentado pelo paciente, envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas que objetivam, principalmente, o alívio dos sinais e sintomas, a melhora da qualidade de vida, a diminuição da progressão da disfunção existente, a humanização da assistência, a redução da demanda de assistência hospitalar, e a consequente redução da mortalidade. Ações complementares à equipe da saúde da família, são realizadas na atenção básica, pela EMAD e/ou NASF. As diferentes abordagens terapêuticas são adotadas em conformidade com o estágio evolutivo de cada quadro. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Os núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF). A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. A equipe multiprofissional deve oferecer

apoio à atenção domiciliar, bem como às equipes de atenção básica (inclusive equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família). Sua composição mínima deverá conter três profissionais de nível superior, escolhidos entre oito diferentes ocupações: Assistente social; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Odontólogo; Psicólogo; Farmacêutico; e Terapeuta ocupacional. Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o Programa Melhor em Casa indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, e necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentem com algum grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para o tratamento, a palição, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação de autonomia do usuário (paciente), família e cuidador. A inclusão no Programa, se faz pela procura do usuário/cuidador à unidade de saúde, que dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento dos insumos. Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. A EMAD é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado. A diferença entre as EMAD's e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional. O cuidado é organizado/realizado através de três modalidades assistenciais: Atenção Domiciliar 1 - AD1, AD2 e AD3. A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. A atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos, constitui uma atividade principal a

ser realizada na atenção básica, para atender às pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem aos serviços de saúde, temporária ou permanentemente. O processo de AD é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde. “A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A prestação da assistência à saúde nessa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica (UBS/ESF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Essas equipes são apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatorios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016)”.³ “A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações tais como usuários com demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem

condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido (BRASIL, 2016)”.³ “A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016). Nas modalidades AD2 e AD3, deve estar garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD, já na modalidade AD1, a responsabilidade é da equipe da unidade de saúde/ ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)”.³

A Síndrome de Down não possui um PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas) específico no SUS, pois não é considerada uma doença, mas sim uma condição genética. Em vez disso, o Ministério da Saúde garante o acompanhamento e tratamento dessa população através das Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down. (em anexo)

O que o SUS oferece:

- **Atenção Multiprofissional:** Acesso a equipes com fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, geneticistas e pediatras especializados.
- **Acompanhamento Precoce:** Programas focados no desenvolvimento motor, cognitivo e na prevenção de comorbidades comuns associadas à condição.
- **Exames de Rotina:** Rastreamento contínuo para cardiopatias, alterações na tireoide, distúrbios visuais e auditivos.
- **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:** Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), que servem como porta de entrada para o acolhimento, emissão de laudos e encaminhamentos Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down.

DADOS DE LITERATURA COPILADOS

A evidência atual não suporta a superioridade do método Bobath (tratamento neuroevolutivo) sobre outras abordagens de fisioterapia para crianças com síndrome de Down. Estudos mostram que, embora a fisioterapia seja benéfica, não há diferenças significativas entre o método Bobath e outras intervenções no desenvolvimento motor geral dessas crianças. *Developmental Medicine and Child Neurology* + 1[1-2]

Evidências sobre o método Bobath

Um estudo randomizado com 20 bebês com síndrome de Down (2-21 meses) comparou terapia neuroevolutiva individualizada (3x/semana por 9 semanas) com grupo controle. Não houve diferença significativa entre os grupos nas escalas Bayley e Peabody de desenvolvimento motor, embora o grupo experimental tenha atingido mais objetivos individuais de tratamento. *Developmental Medicine and Child Neurology*[1]

Outro estudo de campo com 50 crianças (média de 14 meses) comparou tratamento neuroevolutivo com abordagem de habilidades desenvolvimentais em crianças com síndrome de Down e paralisia cerebral. Após 1 ano de intervenção, não houve evidência de que a intervenção motora acelerou o desenvolvimento ou melhorou a qualidade do movimento além do esperado pela maturação. Não foram encontradas diferenças entre os modelos de tratamento. *Developmental and Behavioral Pediatrics*[2]

Recomendações atuais de fisioterapia

As diretrizes contemporâneas enfatizam uma mudança de paradigma na fisioterapia para síndrome de Down: *Physical Therapy*[3]

- Foco na participação e atividade física ao invés de correção de padrões de movimento ou tratamento isolado de déficits como hipotonia
- Programas individualizados baseados nas preferências da criança e contexto ambiental
- Intervenções centradas na criança que desenvolvem habilidades específicas para atividades preferidas

Intervenções com evidência de eficácia

Uma meta-análise de 27 estudos demonstrou benefícios em: *Intellectual Disability Research*[4]

- Força de membros superiores e inferiores (diferença média padronizada = 1,46 e 2,04, respectivamente)
- Equilíbrio (redução de oscilações mediolaterais)

Exercícios neuromusculares específicos mostraram eficácia em crianças acima de 8 anos, incluindo mecanoterapia, vibração e superfícies instáveis, com frequência de 2-3x/semana por 6-12 semanas. *Scientific Reports*[5]

Diretrizes por idade

Recomendações recentes do International Summit on Down Syndrome incluem: *American Journal of Medical Genetics*[6]

- 5-12 anos: Atividades aeróbicas diárias (≥ 30 min), uso muscular diário através de brincadeiras, exercícios de equilíbrio 2x/semana
- 13-17 anos: 30 min/dia de atividade moderada, fortalecimento muscular ≥ 3 dias/semana, equilíbrio 2-3x/semana (15-20 min)
- ≥ 18 anos: 150 min/semana de atividade moderada, fortalecimento 2-3x/semana (2-3 séries de 6-12 repetições), equilíbrio 2-3x/semana (20-30 min)

Conclusão

A evidência atual sugere que a fisioterapia é benéfica para crianças com síndrome de Down, especialmente quando iniciada precocemente, mas não há suporte para recomendar especificamente o método Bobath sobre outras abordagens. Clinical Medicine + 1[7-8] Programas individualizados que promovem participação em atividades físicas preferidas e incluem fortalecimento e treino de equilíbrio parecem ser mais eficazes

1) Effects of Neurodevelopmental Therapy on Motor Performance of Infants With Down's Syndrome.

Developmental Medicine and Child Neurology. 1981. Harris SR. RCT

2) The Effects of Early Motor Intervention on Children With Down Syndrome or Cerebral Palsy: A Field-Based Study.

Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP.

2001. Mahoney G, Robinson C, Fewell RR.

3) Promoting Participation in Physical Activity in Children and Adolescents With Down Syndrome.

Physical Therapy. 2021. Wentz EE, Looper J, Menear KS, Rohadia D, Shields N.

4) Physical Therapy in Down Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis.

Journal of Intellectual Disability Research : JIDR. 2019. Ruiz-González L, Lucena-Antón D, Salazar A, Martín-Valero R, Moral-Munoz JA.SR

5)Neuromuscular Exercise in Children With Down Syndrome: A Systematic Review.

Scientific Reports. 2022. Rodríguez-Grande EI, Vargas-Pinilla OC, Torres-Narvaez MR, Rodríguez-Malagón N.SR

6)The International Summit on Health Benefits of Physical Fitness for People With Down Syndrome: Current Science, Gaps, Priorities, and Research Opportunities.

American Journal of Medical Genetics. Part A. 2026. Oreskovic NM, Austin G, Aylward B, et al.Recent

7)The Effects of Physical Therapy in the Rehabilitation of Motor Delays in Children With Down Syndrome: A Systematic Review.

Journal of Clinical Medicine. 2026. Szabo DA, Stoian A, Veres C, et al.RecentReview

8)Prenatal and Postnatal Therapies for Down's Syndrome and Associated Developmental Anomalies and Degenerative Deficits: A Systematic Review of Guidelines and Trials.

Frontiers in Medicine. 2022. Hasina Z, Wang CC.SR

Equoterapia

Equoterapia Segundo a Associação Nacional de Equoterapia: “É um método terapêutico que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais.” São princípios da equoterapia:

- ✓ Toda atividade equoterápica deve se basear em fundamentos técnico científicos.

- ✓ O atendimento equoterápico só poderá ser iniciado mediante parecer favorável em avaliação médica, psicológica e fisioterápica.
- ✓ As atividades equoterápicas devem ser desenvolvidas por equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar, que envolva o maior número possível de áreas profissionais nos campos da saúde, educação e equitação.
- ✓ As sessões de equoterapia podem ser realizadas em grupo, porém o planejamento e o acompanhamento devem ser individualizados.
- ✓ Para acompanhar a evolução do trabalho e avaliar os resultados obtidos, deve haver registros periódicos e sistemáticos das atividades desenvolvidas com os praticantes.
- ✓ A ética profissional e a preservação da imagem dos praticantes de equoterapia devem ser constantemente observadas.
- ✓ O atendimento equoterápico deve ter um componente de filantropia para que possa, também, atingir classes sociais menos favorecidas, para não se constituir em atividade elitizada. A segurança física do praticante deve ser uma preocupação constante de toda a equipe, tendo em vista:
- ✓ O comportamento e atitudes habituais do cavalo e às circunstâncias que podem vir a modificá-los, como por exemplo uma bola arremessada ou um tecido esvoaçando, nas proximidades do animal;
- ✓ A segurança do equipamento de montaria, particularmente correias, presilhas, estribos, celas e manta;
- ✓ A vestimenta do cavaleiro, principalmente nos itens que podem trazer desconforto ou riscos de outras naturezas;
- ✓ Local das sessões onde possam ocorrer ruídos anormais que venham

assustar os animais

Nota Técnica nº 6436/2024 NATJUS – TJMG

Dewar e colaboradores publicaram revisão sistemática sobre intervenções de exercício em crianças com paralisia cerebral. Nove estudos incluídos estudaram equoterapia, além de duas revisões sistemáticas. **Os autores concluíram que os estudos que avaliaram a equoterapia são de baixa qualidade, necessitando de estudos de melhor qualidade para confirmar seu benefício.** Zadnikar e colaboradores publicaram revisão sistemática e metanálise em 2011 analisando estudos sobre a utilização da equoterapia e outras técnicas de exercícios com cavalos em crianças e adultos com paralisia cerebral. Foram incluídos oito estudos de diferentes desenhos metodológicos, sendo três estudos randomizados, quatro estudos quasi-experimentais e um estudo experimental. As ferramentas utilizadas para avaliar os desfechos também variaram muito entre os estudos, assim como as características dos pacientes incluídos em cada grupo. Em dois estudos, as crianças realizaram apenas uma sessão de equoterapia, sendo os resultados comparados antes e após a sessão. O tratamento não foi comparado à fisioterapia tradicional. Tseng e colaboradores realizaram revisão sistemática de estudos que avaliaram especificamente equoterapia e outras atividades fisioterapêuticas com cavalos. Dos 14 artigos revisados, nove estudos avaliaram equoterapia e cinco estudos avaliaram outras terapias com cavalos. O tempo total de intervenção variou de oito minutos a 26 horas. **Os quatro estudos de fraca qualidade que avaliaram equoterapia, três consideraram o resultado benéfico para controle postural e um não encontrou diferença entre os grupos.** O estudo que não mostrou benefício incluiu pacientes com acometimento motor mais grave. Shurtleff e colaboradores consideraram que os resultados positivos se mantiveram por 12 semanas. Os estudos de McGibbon e Cherng não observaram melhora significativa da simetria de quadril. Nenhum estudo comparou equoterapia à fisioterapia convencional. Um escore de avaliação do controle motor foi aplicado em dois estudos (McGibbon e Davis), com resultados controversos. O estudo com maior número de participan-

tes não encontrou diferença significativa entre os grupos. Também na metanálise dos dois estudos, o escore não demonstrou significância estatística. Sete estudos utilizaram outro escore de atividade física para avaliar o controle motor com resultados controversos. Na metanálise dos resultados, não houve significância estatística.

IV – CONCLUSÃO

- ✓ Trata-se de paciente portadora de de trissomia do 21
- ✓ O caso em tela encaixa-se na modalidade AD2 de assistência domiciliar
- ✓ “A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo,
- ✓ **Na literatura consultada não existem dados que comprovem a eficiência/superioridade da terapias pleiteadas (método Bobath e/ou equoterapia) em comparação com os tratamentos convencionais**
- ✓ Até o momento, o que a literatura científica conclui, é que a soma da abordagem conjunta, dos cuidados de cada especialidade envolvida na assistência, é que faz a diferença, e não uma metodologia específica
- ✓ Na literatura consultada, para o caso em tela existe indicação de cuidados multidisciplinares coordenados (fisioterapia/terapia ocupacional/pediatra dentre outros) mas não existem evidencia da superioridade das técnicas solicitadas (**método Bobath e/ou equoterapia**) em relação aos **tratamentos convencionais**

- ✓ O Ministério da Saúde existem as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down e o que consta na diretriz deve ser proporcionado ao paciente.

V – REFERÊNCIAS:

- 1) Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.
- 2) Manual do Serviço de Atenção Domiciliar. Maio de 2020. Prefeitura Municipal de Assis. <https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/1167508062020111330.pdf>
- 3) EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar. <https://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/saibaMais.html>
- 4) Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down.
- 5) NATS HC – UFMG RT 59 2017 Biblioteca Digital TJMG
- 6) Indications of hippotherapy, TheraSuit and hydrotherapy Indicaciones de hipoterapia, TheraSuit e hidroterapia CENTRO COLABORADOR DO SUS: AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS E EXCELÊNCIA EM SAÚDE - CCATES Faculdade de Farmácia UFMG DOI: 10.13140/RG.2.1.4986.8967

VI – DATA: 16/07/2026

NATJUS TJMG