# Nota Técnica 366997

Data de conclusão: 24/06/2025 18:14:03

## Paciente

**Idade:** 4 anos

**Sexo:** Feminino

**Cidade:** Capão do Leão/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 366997

**CID:** G80.0 - Paralisia cerebral quadriplágica espástica

**Diagnóstico:** G80.0 - Paralisia cerebral quadriplágica espástica

**Meio(s) confirmatório(s) do diagnóstico já realizado(s):** Laudo médico

## Descrição da Tecnologia

**Tipo da Tecnologia:** Produto

**Registro na ANVISA?** Não

**Descrição:** Cadeira de rodas postural infantil Kimba 2.0

**O produto está inserido no SUS?** Não

## Outras Tecnologias Disponíveis

**Tecnologia:** Cadeira de rodas postural infantil Kimba 2.0

**Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar:** Não há

## Custo da Tecnologia

**Tecnologia:** Cadeira de rodas postural infantil Kimba 2.0

**Custo da tecnologia:** -

**Fonte do custo da tecnologia:** -

## Evidências e resultados esperados

**Tecnologia:** Cadeira de rodas postural infantil Kimba 2.0

**Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:** Efetividade, eficácia e segurança:
A cadeira de rodas postural infantil Kimba, pleiteada em processo, é produzida pela empresa Ottobock. Diferentemente dos modelos disponibilizados pelo sistema público de saúde, ela apresenta encosto reclinável, inclinação do assento (denominado tilt), bem como apoios de cabeça, tronco, quadril e pés ajustáveis. Os modelos disponibilizados pelo sistema público de saúde são, de fato, mais simples; entretanto, contam com a possibilidade de alguns ajustes posturais e suporte personalizado.
Em pesquisa realizada em maio de 2025, na base de dados Pubmed, não foi identificado estudo avaliando especificamente o produto pleiteado. Ou seja, não foram identificados estudos clínicos comparativos diretos entre a cadeira de rodas postural infantil Kimba, da Ottobock, e os modelos padrão fornecidos pelo Sistema Único de Saúde.
Custo:

| Item | Descrição | Quantidade | Valor Unitário* | Valor Total |
|---|---|---|---|---|
| Equipamento | Cadeira de rodas buggy tam 2 / rosa - ottobock | 1 | R$ 21.989,97* | R$ 21.989,97* |
| | Mesa para atividades - ottobock | 1 | R$ 3.110,00 | R$ 3.110,00 |
| Total | R$ 25.099,97 | | | |

*orçamento anexo ao processo (Evento 1, ORÇAM10, Página 1).

Em consulta ao Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, a cadeira de rodas motorizada infantil apresenta um custo de R$ 5.593,65.

**Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:** Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia: indeterminado.

**Recomendações da CONITEC para a situação clínica do demandante:** Recomendada

## Conclusão

**Tecnologia:** Cadeira de rodas postural infantil Kimba 2.0

**Conclusão Justificada:** Não favorável

**Conclusão:** Ressalta-se a legitimidade do pleito por acesso a produtos que possuem o potencial de melhorar cuidados cotidianos da paciente. Entretanto, cadeira de rodas e órteses diversas estão disponíveis no sistema público de saúde, conforme o código SIGTAP. São, de fato, dispositivos essenciais para garantir à parte autora o direito ao cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, conforme legislação vigente.
Justifica-se, portanto, o parecer desfavorável pela disponibilidade das tecnologias no sistema único 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.
Finalmente, recomendamos que a paciente seja acompanhada em um Centro de Reabilitação junto ao sistema público de saúde. Dessa forma, poderá acessar os dispositivos disponíveis junto ao SUS.

**Há evidências científicas?** Sim

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

**Referências bibliográficas:**


1. Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. Dev Med Child Neurol Suppl. 2007;109(suppl 109):8–14.

2. Fernandes MV, Fernandes A de O, Franco RC, Golin MO, Santos LA dos, Setter C de M, Tosta JMB. Adequações posturais em cadeira de rodas: prevenção de deformidades na paralisia cerebral. Rev Neurocienc [Internet]. 31º de dezembro de 2007 [citado 6º de novembro de 2023];15(4):292–296.

3. Barkoudah E. Cerebral palsy: Overview of management and prognosis. UpToDate. 2020.

4. Barkoudah E. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues. UpToDate. 2020.

5. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues . Waltham (MA): UpToDate, Inc.; 2022.

6. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022. Management of Cerebral Palsy .

7. Engelen V, Ketelaar M, Gorter JW. Selecting the appropriate outcome in paediatric

physical therapy: how individual treatment goals for children with cerebral palsy are reflected in GMFM-88 and PEDI. J Rehabil Med. 2007;39(3):225–31.

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

9. 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.

**NatJus Responsável:** RS - Rio Grande do Sul

**Instituição Responsável:** TelessaúdeRS

**Nota técnica elaborada com apoio de tutoria?** Não

**Outras Informações:** Conforme consta em documento médico, elaborado por neurologista pediátrica em janeiro de 2025, a paciente, com três anos de idade, possui diagnóstico de paralisia cerebral (Evento 1, ATESTMED2, Página 1). Em função disso, necessita de cuidados de suporte, como gastrostomia, e sofre de repercussões importantes, como epilepsia e infecções respiratórias de repetição. Com vistas a “estímulo do controle do tronco e melhora postural”, solicita-se acompanhamento com terapeuta ocupacional que utilize da metodologia de Bobath; para “melhorar o tônus e prevenir deformidades ósseo-articulares”, recomenda-se fisioterapia; objetivando o “treinamento da linguagem e disfunções oromotoras", indica-se atendimento com fonoaudiologia. Em documento de dezembro de 2024, reforça-se o diagnóstico de paralisia cerebral e, em função da ausência de “controle cefálico e de tronco", solicita-se modelo de cadeira de rodas específico, que apresente apoio de cabeça, de tronco, bem como sistema tilt e encosto reclinável. Trata-se do modelo Kimba (Evento 1, LAUDO9, Página 1).
Em resposta, a Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul esclareceu que a cadeira de rodas solicitada não é fornecida administrativamente pelo sistema público de saúde (Evento 1, CERTNEG3, Página 1).
A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações de atividade que são atribuídas a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil [1]. O diagnóstico do quadro clínico da paralisia cerebral baseia-se nas classificações das qualidades topográfico-tônicas do paciente. A topografia mais comum é a tetraplegia, onde todo o corpo é afetado e, na maioria das vezes, resulta em uma assimetria de postura e movimento [2].
Os padrões tônicos dessa topografia são divididos em:
a) espasticidade, quando o músculo mostra uma resistência maior do que o esperado no movimento passivo. Tal resistência diminui rapidamente (fenômeno do canivete), caracterizando uma hipertonia, marcada pela presença de hiper-reflexia e sinais de liberação piramidal (sinais de lesão do neurônio motor superior com sinais como espasticidade, sinal de babinski positivo);
b) extrapiramidal como: atetóides, que são os movimentos involuntários em extremidades, lentos e serpenteantes; coréicos, que estão presentes nas raízes dos membros e são muito

rápidos; e distônicos, que são os movimentos atetóides mantidos com posturas fixas que se modificam após algum tempo, associados a movimentos torcionais; e
c) atáxico, com incoordenação de movimentos pelo fato de ter origem cerebelar. As formas mistas geralmente se apresentam pela combinação de movimentos distônicos e coreoatetóides [2].
Os distúrbios motores da paralisia cerebral são frequentemente acompanhados por alterações de sensação, percepção, cognição, comunicação e comportamento; por epilepsia e por problemas músculo-esqueléticos secundários. Não existe uma terapia padrão para a PC [3,4]. O tratamento é sistêmico e consiste no emprego de diferentes modalidades combinadas com o objetivo de atender às principais dificuldades apresentadas pelo indivíduo, podendo incluir fonoaudiologia, psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia, a última com objetivo de desenvolver força muscular e melhorar ou desenvolver habilidades para promoção da independência motora [5-8].