# Nota Técnica 394847

Data de conclusão: 26/08/2025 14:08:45

## Paciente

**Idade:** 11 anos

**Sexo:** Feminino

**Cidade:** Santo Cristo/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 394847

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

**Diagnóstico:** 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?** Sim

**Situação do registro:** Válido

**Descrição:** Treinador de marcha Grillo

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

## Outras Tecnologias Disponíveis

**Tecnologia:** Treinador de marcha Grillo

**Descrever as opções disponíveis no SUS e/ou Saúde Suplementar:** Estão disponíveis órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, como andadores convencionais, bengalas e cadeiras de rodas, conforme diretrizes do Programa de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM).

## Custo da Tecnologia

**Tecnologia:** Treinador de marcha Grillo

**Custo da tecnologia:** -

**Fonte do custo da tecnologia:** -

## Evidências e resultados esperados

**Tecnologia:** Treinador de marcha Grillo

**Evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia:** O andador de transferência é um “treinador de marcha assistido”, que é utilizado como um dispositivo que fornece suporte de tronco e pelve. Imagina-se que, com o treinador de marcha assistido, o paciente desenvolva certa independência na função motora e que com isso possa obter ganhos na interação social. Tais desfechos, contudo, dependem da condição clínica do paciente, bem como do plano terapêutico no qual se planeja utilizar o dispositivo.
Uma revisão sistemática publicada em 2020 avaliou os efeitos do treinamento de marcha assistida na caminhada, participação e qualidade de vida de crianças com paralisia cerebral, incluindo 17 estudos e identificando evidências de qualidade moderada. Os resultados indicaram que o treinamento sem suporte de peso corporal promoveu melhorias significativas na velocidade da marcha (+0,25 m/s; IC 95%: 0,13 a 0,37), função motora global (+11,9%; IC 95%: 2,98 a 20,82) e participação nas atividades diárias (+8,2 pontos no PEDI; IC 95%: 5,69 a 10,71). Em contraste, o treinamento com suporte de peso corporal apresentou efeitos limitados, com ganho modesto na velocidade da marcha (+0,07 m/s; IC 95%: 0,06 a 0,08) e sem diferenças significativas em função motora ou participação. A ocorrência de eventos adversos foi rara e sem gravidade. Observou-se que o uso de treinadores de marcha assistida pode ser mais benéfico para crianças com disfunção motora severa que estão iniciando a marcha, enquanto seu uso em crianças que já caminham de forma independente pode ser contraproducente. Apenas quatro estudos avaliaram diretamente a participação, e três deles relataram melhora secundária ao uso da intervenção. A revisão reforça a necessidade de ensaios clínicos randomizados e controlados mais robustos para esclarecer os efeitos do treino de marcha assistida nessa população.

| Item | Descrição | Quantidade | Valor Unitário* | Valor Total |
|---|---|---|---|---|
| Treinador Marcha Grillo | Andador Grillo, deanterior, inclui suporte de tronco, apoio ergonômico | 01 | R$ 24.900,00 | R$ 24.900,00 |

| | |
|---|---|
| | de quadril, rígido, suporte pélvico e barra com tilt. |

Atualmente, não há uma base de dados oficial que ofereça valores de referência para equipamentos pleiteados.Com base no orçamento anexado nos autos (Evento 1, OUT21), datado em julho de 2024, foi elaborada a tabela acima.

**Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:** Espera-se que esse tipo de intervenção aumente a velocidade da marcha em comparação à ausência de treinamento.

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

## Conclusão

**Tecnologia:** Treinador de marcha Grillo

**Conclusão Justificada:** Não favorável

**Conclusão:** É inequívoco que a autora necessita de reabilitação motora e, nesse sentido, a rede pública disponibiliza assistência e reabilitação multidisciplinar, incluindo a disponibilização de órteses. Além disso, pela descrição do quadro funcional do autora, identificamos um quadro onde apresenta múltiplas dificuldades motoras que comprometem não apenas a marcha. Portanto, mesmo sendo em fase inicial do desenvolvimento da marcha, não há evidências robustas que sustentem a indicação do andador como estratégia terapêutica. Os estudos sobre o uso destes treinadores não sinalizam a superioridade do uso do andador em detrimento de outras abordagens conduzidas em tratamento fisioterapêutico. De fato, mesmo em condições condizentes com o treino, não há evidências científicas robustas de que os treinadores de marcha garantam a eficiência do desenvolvimento motor da marcha.
Ademais, o objetivo terapêutico do equipamento pleiteado de colocar o autor em ortostase e favorecer a deambulação pode ser substituído por meio de outras estratégias como o uso de órteses do tipo AFO fixo, imobilizadores de joelho bilateralmente, parapodium e esteiras com assistência de profissional, condutas condizentes com seu atual nível de desenvolvimento motor e cognitivo e oferecidas em reabilitação física. Considerando o cenário em tela, manifestamo-nos de forma desfavorável ao fornecimento do treinador de marcha Grillo
Cabe salientar que o treinador de marcha pleiteado não se configura, neste caso, como tecnologia essencial e insubstituível, mas sim como equipamento de custo elevado que, se fornecido fora de critérios clínicos rigorosamente estabelecidos, pode configurar atendimento privilegiado por meio de recursos públicos. A destinação desses recursos, mesmo em países com ampla capacidade orçamentária, deve ser pautada pela equidade e racionalidade, visando o atendimento coletivo. Assim, o fornecimento deste equipamento, fora das indicações clínicas rigorosamente estabelecidas, pode acarretar prejuízos ao equilíbrio e à sustentabilidade do sistema público de saúde, comprometendo a oferta de cuidados a outros usuários igualmente dependentes da assistência do 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. Barkoudah E. Cerebral palsy: Overview of management and prognosis. UpToDate. 2020.
3. Barkoudah E. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues. UpToDate. 2020.
4. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues . Waltham (MA): UpToDate, Inc.; 2022.
5. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 2022. Management of Cerebral Palsy .
6. 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.
7. Damiano DL. Activity, activity, activity: rethinking our physical therapy approach to cerebral palsy. Phys Ther. 2006;86(11):1534–40.
8. Chiu H-C, Ada L, Bania TA. Mechanically assisted walking training for walking, participation, and quality of life in children with cerebral palsy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 11. Art. No.: CD013114. DOI: 10.1002/14651858.CD013114.pub2.

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

**Instituição Responsável:** TelessaúdeRS

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

**Outras Informações:** Conforme laudo médico mais recente (Evento 153, LAUDO2), de julho de 2025, a paciente apresenta diagnóstico de paralisia cerebral tetraparética mista e classificada no nível IV da Classificação de Funcionalidade Motora Grossa (GMFCS). Informa que a paciente encontra-se em seguimento neurológico por apresentar regressão funcional com perda de habilidades motoras previamente adquiridas, aumento no tempo de dependência da cadeira de rodas e maior necessidade de apoio para deambulação, indicativo de desuso funcional e enfraquecimento muscular secundário à falta de estímulos adequados. Além de disfunção motora, a paciente também apresenta diagnósticos de epilepsia, miopia e estrabismo, alterações comportamentais e emocionais e suspeita de distúrbio de deglutição.
O laudo fisioterapêutico de julho de 2025 (Evento 153, LAUDO3) esclarece que a paciente apresenta importante déficit no desenvolvimento neuropsicomotor, com fraqueza muscular generalizada, predominante em tronco e membros inferiores, associada à espasticidade. Atualmente possui controle de cabeça, rola lateralmente e consegue se manter sentada com apoio, mas não realiza postura de quatro apoios nem ajoelhado de forma independente. Necessita de auxílio para ficar em pé e de suporte intenso para marcha, utilizando treinador de marcha ou cadeira de rodas. Na avaliação atual, só consegue deambular com apoio intenso de tronco e mãos, mantém-se sentada com necessidade de apoio, apresenta grande dificuldade para transferências e não realiza postura de quatro apoios nem ajoelhado. Ainda, relata que a paciente iniciou com acompanhamento em 2020, mas com muitas interrupções. Até março de 2024 apresentava melhor desempenho (bom controle de tronco e mãos, marcha com andador posterior, transferências com apoio, troca de passos e corrida em esteira com suporte mínimo). Porém, após afastamento de 16 meses, retornou em julho de 2025 com perda significativa das habilidades previamente adquiridas. Segundo relato familiar, não utiliza mais o andador na escola e sua mobilidade depende quase exclusivamente da cadeira de rodas, com auxílio de terceiros.

Outro laudo fisioterapêutico, para justificativa do treinador de marcha (Evento 84, PARECER2), informa que a paciente apresenta comprometimento motor significativo, com dificuldades severas para a deambulação, caracterizada por marcha em crouch, a paciente não é capaz de manter postura ortostática sem apoio dos membros superiores e apresenta déficit de controle motor em joelhos, quadril e tronco. Essas condições impactam diretamente sua autonomia, funcionalidade e qualidade de vida, por isso, solicita o treinador de marcha com suporte de peito, estabilizador pélvico, suporte de quadril e suporte para as mãos.

Por fim, trazemos também informações prestadas pela Secretaria Municipal de Saúde a respeito da paciente (Evento 93, OFICI3). Neste ofício é informado que a paciente realizou reabilitação/habilitação no CER II, Física e Visual no município de Giruá, que é referência em serviço especializado para Santo Cristo,onde residia, e Santa Rosa, que mora nos dias atuais. Recebeu alta no ano de 2021 por ter atingido todos os objetivos do Projeto Terapêutico Singular (PTS), porém o laudo médico é com data após o seu desligamento, por este motivo, o ofício informa que os familiares devem novamente contatar o CER II para novo acompanhamento terapêutico. Neste ofício também é relatado que o CER II de Giruá conta com uma oficina ortopédica para dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) como por exemplo, andadores posteriores.

A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitações de atividade que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorreram no desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil (1). 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 (2,3). 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 (4-7).