

# Nota Técnica 395337

Data de conclusão: 27/08/2025 11:27:25

## Paciente

---

**Idade:** 5 anos

**Sexo:** Feminino

**Cidade:** Alvorada/RS

## Dados do Advogado do Autor

---

**Nome do Advogado:** -

**Número OAB:** -

**Autor está representado por:** -

## Dados do Processo

---

**Esfera/Órgão:** Justiça Federal

**Vara/Serventia:** 2º Núcleo de Justiça 4.0 - RS

## Tecnologia 395337

---

**CID:** G80.9 - Paralisia cerebral não especificada

**Diagnóstico:** G80.9 paralisia cerebral não especificada

**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:** andador tipo transfer (treinador de marcha)

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

## Outras Tecnologias Disponíveis

---

**Tecnologia:** andador tipo transfer (treinador de marcha)

**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:** andador tipo transfer (treinador de marcha)

**Custo da tecnologia:** -

**Fonte do custo da tecnologia:** -

### **Evidências e resultados esperados**

---

**Tecnologia:** andador tipo transfer (treinador de marcha)

**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.

Custo:

Item	Quantidade	Valor Unitário*	Valor Total
Andador transfer01 PP/P/M - expansão - cor lilás		R\$ 7.390,00	R\$ 7.390,00

Com base no orçamento anexado nos autos (Evento 1, OUT3, Página 8), foi elaborada a tabela acima.

**Benefício/efeito/resultado esperado da tecnologia:** 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:** andador tipo transfer (treinador de marcha)

**Conclusão Justificada:** Não favorável

**Conclusão:** Considerando o cenário em tela, manifestamo-nos de forma desfavorável ao fornecimento do treinador de marcha, uma vez que mesmo em condições cognitivas 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 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.

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.

Diante do exposto, nosso parecer é desfavorável para o fornecimento do treinador de marcha, por ausência de indicação clínica adequada, expectativa terapêutica limitada no contexto atual e risco de uso ineficiente de recursos públicos.

**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:** Trata-se de paciente de 5 anos de idade com histórico de prematuridade (nascimento com 27 semanas), hemorragia periventricular grau IV com necessidade de derivação ventriculoperitoneal. A paciente apresenta paralisia cerebral piramidal tetraparética com predomínio nos membros inferiores (Evento 1, OUT3, Página 6). Neste contexto, pleiteia o fornecimento judicial de andador tipo transfer.

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).