Nota Técnica 395337

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

Paciente

Idade: 6 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: 2° 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 transfer PP/P/M - expansão - cor lilás	01	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).