Nota Técnica 412989

Data de conclusão: 06/10/2025 07:47:42

Paciente

Idade: 3 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 412989

CID: Q04.0 - Malformações congênitas do corpo caloso

Diagnóstico: Malformações congênitas do corpo caloso (Q04.0)

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 Grilo

O produto está inserido no SUS? Não

Outras Tecnologias Disponíveis

Tecnologia: Treinador de marcha Grilo

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

Custo da Tecnologia

Tecnologia: Treinador de marcha Grilo

Custo da tecnologia: -

Fonte do custo da tecnologia: -

Evidências e resultados esperados

Tecnologia: Treinador de marcha Grilo

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 (9). 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 (+0,13 m/s; IC 95%: 0,02 a 0,24), enquanto seu uso em crianças que já caminham de forma independente pode ser contraproducente (+0,04 m/s; IC 95%: -0,00 a 0,07). 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 de Marcha Grillo	Andador Grillo, anterior pt pequeno com Inclui suporte de	1 es.	R$ 36.900,00	R$ 36.900,00

	tronco, apoio ergonômico de quadril rígido, suporte pélvico e barra com tilt e altura

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, OUT12, Página 1), datado em setembro de 2025, 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 Grilo

Conclusão Justificada: Não favorável

Conclusão: É indiscutível que a paciente necessita de acompanhamento voltado à reabilitação motora. Para isso, a rede pública já disponibiliza atendimento multiprofissional, com terapias especializadas e fornecimento de órteses quando necessário. Embora se encontre em fase inicial do aprendizado da marcha, não existem evidências científicas consistentes que justifiquem a prescrição do andador como recurso terapêutico prioritário. Os estudos disponíveis não demonstram superioridade dos treinadores de marcha em relação a outras técnicas empregadas durante a fisioterapia. Mesmo quando utilizados em condições adequadas, faltam estudos robustos que comprovem sua eficácia na promoção do desenvolvimento motor da marcha.
Além disso, os objetivos terapêuticos atribuídos ao equipamento solicitado, podem ser alcançados por meio de alternativas já estabelecidas, como órteses do tipo AFO fixo, imobilizadores de joelhos, parapodium ou ainda treino em esteira com supervisão profissional, todos recursos oferecidos no contexto da reabilitação física. Diante dessas considerações, posicionamo-nos contrariamente 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. Gilmore E, Tung GA. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. 2025. Overview of neonatal brain malformations of the cortex - UpToDate. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-neonatal-brain-malformations-of-the-cortex?search=agenesis%20of%20corpus%20callosum%20children&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. 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.
3. Barkoudah E. UpToDate. 2020. Cerebral palsy: Overview of management and prognosis.
4. Barkoudah E. UpToDate. 2020. Cerebral palsy: Treatment of spasticity, dystonia, and associated orthopedic issues.
5. Cerebral palsy: Overview of management and prognosis - UpToDate [Internet]. [citado 9 de setembro de 2022]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/cerebral-palsy-overview-of-management-and-prognosis
6. DynaMed Plus [Internet]. 2025. Management of Cerebral Palsy - DynaMed. Disponível em: https://www.dynamed.com/management/management-of-cerebral-palsy#GUID-7A81C0EA-726F-4459-A50D-84C21A71E51B
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. Chiu HC, Ada L, Bania TA. Mechanically assisted walking training for walking, participation, and quality of life in children with cerebral palsy. Cochrane Database Syst Rev. 18 de novembro de 2020;2020(11):CD013114.

NatJus Responsável: RS - Rio Grande do Sul

Instituição Responsável: TelessaúdeRS

Nota técnica elaborada com apoio de tutoria? Não

Outras Informações: Conforme laudo médico (Evento 1, LAUDO8), de setembro de 2025, trata-se de paciente de 2 anos e 10 meses, com quadro característico de agenesia do corpo caloso, tetraplegia espástica e classificação nível III no Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (GMFCS). Encontra-se em acompanhamento em serviço de desenvolvimento infantil há 1 ano e 4 meses, devido a atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, caracterizado por hipotonia axial, redução da motricidade de quadril, déficit de planejamento motor e alteração do equilíbrio, com importante limitação funcional. Necessita de intervenção especializada em fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Para melhor desenvolvimento motor, foi indicada a utilização de técnica fisioterapêutica com treinador de marcha com suporte torácico, suporte pélvico e apoio ergonômico para as mãos.
O laudo fisioterapêutico (Evento 1, LAUDO7) esclarece que a paciente apresenta grave comprometimento motor decorrente de agenesia do corpo caloso e assimetria cerebelar, com ausência de equilíbrio e de reações de proteção, o que a expõe a risco elevado de complicações ortopédicas, respiratórias e funcionais. Tais características comprometem a aquisição dos marcos motores típicos, resultando em severa limitação funcional e restrição da participação em atividades adequadas à sua faixa etária. O relatório indica o uso de treinador de marcha como recurso essencial para o desenvolvimento do equilíbrio e das reações de proteção, possibilitando o treino progressivo da marcha, com bloqueio direcional e graduação

de carga. O equipamento favorece o uso em ambiente comunitário, acompanha o crescimento da criança e reduz a necessidade de substituições frequentes.

A agenesia do corpo caloso (ACC) é uma malformação congênita em que o corpo caloso, estrutura da substância branca responsável por transportar informações entre os hemisférios cerebrais, não se forma adequadamente (1). Pode ser classificada como completa, quando o corpo caloso está totalmente ausente, ou parcial, quando apresenta redução em seu comprimento ântero-posterior devido à ausência de segmentos. O desenvolvimento adequado do corpo caloso envolve múltiplas etapas, e existem diversas causas potenciais para sua agenesia. A interrupção desse processo pode ter origem genética, infecciosa, vascular ou tóxica. A prevalência da ACC na população geral varia entre 1:4.000 e 1:5.000, mas pode estar subestimada, pois muitos casos são assintomáticos. Entre pacientes com comprometimento do neurodesenvolvimento, a prevalência é estimada entre 1% e 3%. A ACC apresenta manifestações clínicas variáveis, que podem ir desde ausência de sintomas até comprometimento grave do neurodesenvolvimento. O grau de envolvimento sintomático depende, em parte, de a ACC ser completa ou parcial, e de ocorrer de forma isolada ou em associação com outras anormalidades (1).

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 (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).