



**PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 4079/2025**

Rio de Janeiro, 10 de outubro de 2025.

Processo nº 0938832-98.2025.8.19.0001,  
ajuizado por N.M.F.V..

Trata- se de Autor 02 anos de idade, com diagnóstico de **paralisia cerebral** tipo **tetraparesia espástica, atraso do desenvolvimento e epilepsia**. Apresenta **espasticidade grave, refratária à medicamentos, e escoliose progressiva com risco de comprometimento ventilatório**. Foi solicitado **Carrinho Kimba 2.0, tam 2 preto estofado turquesa completo Ottobock**, (material do chassi de alumínio de alta resistência, inclinação do assento de até 30 °, suspensão traseira independente, ajuste do encosto regulagem de angulo, freios integrados, apoio de pés rebatíveis e cinto de segurança). Foi mencionado o seguinte código da Classificação Internacional de Doenças (CID-10): **G80.0- paralisia cerebral quadriplégica espástica**. (Num. 221804928 - Pág. 1)

Foi pleiteado **Carrinho Kimba 2.0, Marca Ottobock, Tamanho 2, completo** (Num. 221804908 - Pág. 11 )

A **paralisia cerebral** (PC), também denominada encefalopatia crônica não progressiva da infância<sup>1</sup> representa qualquer distúrbio caracterizado por alteração do movimento secundária a anormalidades neuropatológicas não progressivas do cérebro em desenvolvimento. Descreve um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento do movimento e postura atribuído a um distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa. Embora sua principal característica seja o déficit/retardo motor, frequentemente existe associação com um ou mais distúrbios decorrentes da lesão neurológica, tais como convulsões, déficit cognitivo, déficit auditivo, alterações visuais; distúrbios de linguagem e deglutição, alterações nos sistemas cardiorrespiratório e gastrintestinal, dentre outras<sup>2</sup>. É um termo amplo, utilizado para uma variedade de sinais motores não progressivos, decorrentes de uma lesão que impede o desenvolvimento pleno do sistema nervoso central, o que inclui o descontrole esfincteriano<sup>3</sup>. Quando a lesão cerebral está localizada na área responsável pelo início dos movimentos voluntários, o trato piramidal, o tônus muscular é aumentado, isto é, os músculos são tensos e os reflexos tendinosos são exacerbados. Esta condição é chamada de **paralisia cerebral espástica**. Quando o dano envolve movimentos voluntários dos braços, das pernas, tronco e cabeça (envolvimento total), configurando-se a tetraplegia, a condição passa a ser denominada de **tetraplegia espástica**. Neste caso, os indivíduos são mais dependentes da ajuda de outras pessoas para a alimentação, higiene e locomoção. A **tetraplegia** está geralmente

<sup>1</sup> CARGNIN, A. P. M.; MAZZITELLI, C. Proposta de tratamento fisioterapêutico para crianças portadoras de paralisia cerebral espástica, com ênfase nas alterações musculoesqueléticas. Revista de Neurociências, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 34-9, 2003. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2003/RN%2011%2001/Pages%20from%20RN%2011%2001-5.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2025.

<sup>2</sup> ROSA, C. A. C. Abordagem fisioterapêutica de crianças com paralisia cerebral no meio líquido. Monografia apresentada ao curso de pós-graduação de fisioterapia aquática, como requisito para obtenção do grau de Especialista em fisioterapia aquática, pelo Centro Universitário Feevale. Novo Hamburgo, 2010. Disponível em:

<<http://ged.feevale.br/bibvirtual/monografia/MonografiaCristinaCorrea.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2025.

<sup>3</sup> ARAUJO, A.L.; SILVA, L.R.; MENDES, F.A.A. Controle neuronal e manifestações digestórias na paralisia cerebral. Jornal de Pediatria, v.88, n.6, Porto Alegre, nov./dez. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572012000600003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000600003)>. Acesso em: 10 out. 2025.



relacionada com problemas que determinam sofrimento cerebral difuso grave (infecções, hipóxia e traumas) ou com malformações cerebrais graves<sup>4</sup>.

A **tetraparesia** ocorre quando há um comprometimento simétrico dos quatro membros. São casos nos quais o uso funcional dos membros superiores é bastante limitado, bem como é reservado o prognóstico de marcha<sup>5</sup>.

**Deficiência física** é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tripare sia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros ou face com deformidade congênita ou adquirida<sup>6</sup>.

A **espasticidade** é um distúrbio motor caracterizado pelo aumento dos tônus musculares, dependente da velocidade, associado à exacerbação do reflexo miotáctico. Está associada à redução da capacidade funcional, à limitação da amplitude do movimento articular, ao desencadeamento de dor, ao aumento do gasto energético metabólico e a prejuízos nas tarefas da vida diária, como alimentação, locomoção, transferências (mobilidade) e cuidados de higiene. Pode causar contraturas, rigidez, luxações e deformidades articulares. Por outro lado, o aumento dos tônus musculares pode contribuir para a estabilização articular, melhora postural, facilitação das trocas de decúbito e transferências. Portanto, é uma situação clínica a ser modulada e não completamente eliminada<sup>7</sup>.

A **epilepsia** é uma doença que se caracteriza por uma predisposição permanente do cérebro em originar crises epilépticas e pelas consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais destas crises. Uma crise epiléptica é a ocorrência transitória de sinais ou sintomas clínicos secundários a uma atividade neuronal anormal excessiva ou sincrônica. A definição de epilepsia requer a ocorrência de pelo menos uma crise epiléptica. Estima-se que a prevalência mundial de epilepsia ativa esteja em torno de 0,5% a 1,0% da população. A prevalência da epilepsia difere com as diferentes idades, gêneros, grupos étnicos e fatores socioeconômicos. Nos países desenvolvidos, a prevalência da epilepsia aumenta proporcionalmente com o aumento da idade, enquanto nos países em desenvolvimento geralmente atinge picos na adolescência e idade adulta. A nova classificação das crises epilépticas manteve a separação entre crises epilépticas de manifestações clínicas iniciais focais ou generalizadas<sup>8</sup>.

<sup>4</sup> REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO – Paralisia Cerebral. Disponível em:

<<http://www.educacao.salvador.ba.gov.br/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=gtinyXn6eJ>>. Acesso em: 10 out. 2025.

<sup>5</sup> FONSECA, J. O.; CORDANI, L. K.; OLIVEIRA, M. C. Aplicação do inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI) com crianças portadoras de paralisia cerebral tetraparesia espástica. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 67-74, mai./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13962/15780>>. Acesso em: 07 out. 2025.

<sup>6</sup> BRASIL. Estatuto da pessoa com deficiência. dez, 2006. Disponível em:

<[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarIntegra?codteor=432201](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarIntegra?codteor=432201)>. Acesso em: 10 out. 2025.

<sup>7</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 02, de 29 de maio de 2017. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Espasticidade. Disponível em: <[http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolo\\_Uso/Portaria\\_SAS-SCTIE\\_2\\_PCDT\\_Espasticidade\\_29\\_05\\_2017.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolo_Uso/Portaria_SAS-SCTIE_2_PCDT_Espasticidade_29_05_2017.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2025.

<sup>8</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta SCTIE/SAS/MS nº 17, de 21 de junho de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Epilepsia. Disponível em: <[https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt\\_epilepsia\\_2019.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt_epilepsia_2019.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2025.



Diante do exposto informa-se que o equipamento **carrinho Kimba® tamanho 2** está indicado ao quadro clínico do Autor (Num. 221804928 - Pág. 1). Todavia, não está padronizado em nenhuma lista para dispensação no SUS, no âmbito do município e do Estado do Rio de Janeiro.

Como alternativa terapêutica no âmbito do SUS em relação ao **carrinho modelo Kimba® tamanho 2**, informa-se que, de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP), conforme o disposto na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), constam: cadeira de rodas para tetraplégico - tipo padrão (07.01.01.004-5), adaptação do apoio de pés da cadeira de rodas (07.01.01.028-2), apoios laterais de quadril para cadeira de rodas (07.01.01.030-4), apoio para estabilização da cabeça na cadeira de rodas (07.01.01.031-2), adaptação do apoio de braços da cadeira de rodas (07.01.01.032-0), adaptação abdutor tipo cavalo para cadeira de rodas (07.01.01.033-9).

O acesso aos serviços habilitados para o caso em tela ocorre com a inserção da demanda junto ao sistema de regulação. Cumpre salientar que a Política Nacional de Regulação, está organizada em três dimensões integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integrada, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde.

A dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), são de **responsabilidade das oficinas ortopédicas**. Tais oficinas devem estar articuladas e vinculadas a estabelecimentos de saúde habilitados como **Serviço de Reabilitação Física** ou ao **CER com serviço de reabilitação física**.

Considerando o município de residência do Autor e a Rede de Reabilitação Física do Estado do Rio de Janeiro, ressalta-se que, no âmbito do município do Rio de Janeiro é de **responsabilidade do Centro Municipal Oscar Clark (CER IV)** e da **ABBR Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (CER II)**, a dispensação de órteses, próteses e **meios auxiliares de locomoção**, conforme Deliberação CIB-RJ n.º 6.262, de 17 de setembro de 2020, que repactua a grade de referência da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

Cumpre esclarecer que o fluxo administrativo para a obtenção dos meios auxiliares de locomoção, consiste no encaminhamento do Autor, via Sistema de Regulação (SISREG), pela sua unidade de saúde de referência, a uma das instituições da Rede de Reabilitação Física do Estado do Rio de Janeiro<sup>9</sup>.

Em consulta a plataforma do **SISREG III**, este Núcleo não encontrou a inserção do Autor para a obtenção da **cadeira de rodas para tetraplégico**, padronizada no SUS, que corresponde à alternativa terapêutica sugerida, ao **carrinho Kimba® tamanho 2** prescrito.

Portanto, para acesso ao equipamento **cadeira de rodas para tetraplégico**, pelo SUS e através da via administrativa, sugere-se que o Representante Legal do Autor se dirija à

<sup>9</sup> Deliberação CIB nº 1273 de 15 de abril de 2011. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/73-2011/abril/2075-deliberacao-cib-n-1273-de-15-de-abril-de-2011.html>>. Acesso em: 10 out. 2025.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

**unidade básica de saúde, mais próxima de sua residência, a fim de requerer a sua inserção junto ao sistema de regulação para encaminhamento à uma das oficinas ortopédicas de referência.**

**É o parecer.**

**Ao 1º Juizado Especial de Fazenda Pública da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.**

**Elaborado pela equipe técnica do NATJUS-RJ.**

**FLÁVIO AFONSO BADARÓ**

Assessor-chefe

CRF-RJ 10.277

ID. 436.475-02