

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

SOLICITANTE: MM. Juiz de Direito Dr. Pedro Marcos Begatti

PROCESSO Nº.: 50055654320228130035

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Araguari

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

REQUERENTE: JCS

IDADE: 68 anos

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G 20

PEDIDO DA AÇÃO: Implantação de neuroestimulador (DBS - deep brain stimulation)

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Como opção de terapêutica cirúrgica adjuvante à terapêutica farmacológica, regularmente disponível na rede pública - SUS

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 32664

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2022.0002948

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1 - Qual o CID? **R.: G 20**

2 - Qual o Diagnóstico? **R.: Doença de Parkinson.**

3 - O procedimento está inserido no SUS? **R.: Sim.**

4 - O procedimento está incluído no RENAME? **R.: O tratamento cirúrgico é ofertado em Centros de Referência, dispostos conforme Portaria SAS/MS nº 756/2005 – Serviço de Neurocirurgia Funcional Estereotáxica.**

5 - Quais as evidências sobre a eficácia e segurança da tecnologia? **R.: O emprego de estimulação cerebral profunda no tratamento adjuvante de doença de Parkinson, em pacientes refratários, está relacionado com melhora dos sintomas motores, e permite a redução da dose diária de levodopa utilizada pelos pacientes.**

“A ECP se mostra eficaz apenas no tratamento de pacientes que obtiveram melhora com o uso da Levodopa, mas que, devido à utilização da mesma, apresentam discinesias induzidas por ela. Esse tipo de

cirurgia, em geral, permite a redução das discinesias e o controle dos sintomas do parkinsonismo, apresentando melhores resultados nos pacientes mais jovens (KANG; FANG, 2018)”.³

6 - Quais os riscos da não realização do procedimento neste momento? **R.: Perda da janela de oportunidade para alcançar resposta satisfatória ao tratamento. Há perigo em postergar o procedimento? R.: Sim, piora clínica e maior comprometimento da capacidade funcional.**

7 - Há evidências científicas? **R.: Sim. A cirurgia de implantação dos eletrodos de neuroestimulação não é a primeira linha de tratamento possível para a Doença de Parkinson, mas, constitui-se em uma das melhores alternativas em casos de pacientes que passam a apresentar refratariedade à terapia farmacológica, podendo reduzir significativamente os tremores persistentes, e as disfunções motoras quando bem indicada.**

8 - Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM? **R.: Não. Apesar de tratar-se de procedimento cirúrgico eletivo, o mesmo tem indicação de ser realizado o mais breve possível, a fim de minorar os sintomas e preservar a função motora residual existente. Qual a justificativa? R.: Prejudicado.**

9 - Justifica-se alterar a classificação na fila de atendimento do SUS, em virtude do agravamento da doença? **R.: Não há elementos técnicos que permitam avaliar se há prioridade para o caso concreto, em relação aos demais casos aguardando a realização do procedimento pelo SUS. No entanto, trata-se de paciente com doença diagnosticada há 15 anos, apresentando refratariedade ao tratamento farmacológico, sendo a opção cirúrgica requerida, alternativa adjuvante considerada nas diretrizes técnicas para esses casos.**

10 - Outras informações pertinentes. **R.: Gentileza reportar-se às considerações abaixo.**

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com

Doença de Parkinson diagnosticada há cerca de 15 anos, em fase atual avançada, e que apesar da terapêutica poli farmacológica instituída, não vem obtendo controle satisfatório da doença.

Doença de Parkinson: A Doença de Parkinson (DP) consiste em uma afecção neurológica progressiva, caracterizada pela degeneração do sistema nervoso central. Causa a morte neuronal da substância negra e reduz os níveis de dopamina. Existem mais de 50 sinais que caracterizam a doença, dentre estes o tremor em repouso, rigidez, bradicinesia, alterações de equilíbrio e dificuldade na marcha.

É considerada a segunda enfermidade neurodegenerativa crônico progressiva mais comum na população idosa. O diagnóstico é complexo e baseado na clínica apresentada pelo paciente e não há possibilidade de realização de exames específicos para o mesmo, o que o torna normalmente tardio.

O tratamento da DP deve ser individualizado e pode envolver a necessidade de uma equipe multidisciplinar. O tratamento da DP é feito de acordo com os estágios da doença. Ainda não se tem conhecimento de um tratamento que visa à cura do paciente.

Não existem atualmente terapêuticas capazes de diminuir ou travar o processo neurodegenerativo (modificadoras do curso da doença), nem de substituir os neurônios perdidos (neuro-restauradoras). Todos os fármacos, cirurgias e terapias visam a retardar a progressão da doença, minorar seus efeitos e contribuir para uma boa qualidade de vida.

As intervenções terapêuticas atualmente disponíveis apenas têm a capacidade de melhorar os sintomas da doença, com eficácia notoriamente mais elevada nos sintomas motores. A abordagem cirúrgica da Doença de Parkinson vem sendo empregada há muito tempo, muito antes da introdução de medicação dopaminérgica.

A estimulação cerebral profunda, conhecida como DBS, do inglês “*Deep Brain Stimulation*”, tem sido estabelecida como um tratamento seguro e eficaz para um grupo selecionado de pacientes com a doença de

Parkinson. A identificação de pacientes que são os mais prováveis de se beneficiar da neuroestimulação cerebral profunda é extremamente importante, sendo o primeiro passo para uma bem-sucedida intervenção cirúrgica.

*“A estimulação cerebral profunda (ECP) atua recuperando o equilíbrio fisiológico nos núcleos da base sem a necessidade de restabelecer os níveis de dopamina, sendo métodos mais seguros. A ECP consiste na implantação cirúrgica de um eletrodo, que pode ser uni ou bilateral. Um gerador é colocado na região subclavicular e conectado aos eletrodos, por meio de cabos, objetivando a aplicação de corrente elétrica de baixa intensidade às estruturas nervosas no interior do encéfalo, permitindo, assim, uma neuromodulação (FERREIRA, 2014)”.*³

*“A ECP se mostra eficaz apenas no tratamento de pacientes que obtiveram melhora com o uso da Levodopa, mas que, devido à utilização da mesma, apresentam discinesias induzidas por ela. Esse tipo de cirurgia, em geral, permite a redução das discinesias e o controle dos sintomas do parkinsonismo, apresentando melhores resultados nos pacientes mais jovens (KANG; FANG, 2018)”.*³

O estado do Rio Grande do Sul, desde 2012 passou a oferecer através do SUS, a cirurgia para implante de estimulador cerebral profundo em paciente com a Doença de Parkinson. <https://saude.rs.gov.br/estado-passa-a-oferecer-pelo-sus-cirurgia-para-a-doenca-de-parkinson>

Em Belo Horizonte a cirurgia para implante de estimulador cerebral profundo (*Deep Brain Stimulation – DBS*), é oferecida para pacientes do SUS diagnosticados com Doença de Parkinson. Sendo realizada apenas pela Santa Casa de BH e pelo Hospital das Clínicas – UFMG.

Critérios de indicação para o tratamento cirúrgico para a DP: diagnóstico estabelecido, sintomas responsivos à levodopa, controle insatisfatório dos sintomas motores mesmo após adequação ao melhor esquema possível, expectativa de melhora de sintomas motores, (pacientes jovens se beneficiam melhor).

O tratamento cirúrgico é ofertado em Centros de Referência dispostos conforme Portaria SAS/MS nº 756/2005 – Serviço de Neurocirurgia Funcional Estereotáxica. O procedimento solicitado está disponível no SUS através dos códigos abaixo:

- 04.03.08.001-0 – Implante de eletrodo para estimulação cerebral;
- 04.03.08.002-9 – Implante de gerador de pulsos para estimulação cerebral (inclui conector);

OPME:

- 07.02.01.010-3 – Conjunto de eletrodos e extensão para estimulação cerebral;
- 07.02.01.015-4 – Gerador para estimulação cerebral.

Relação dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia

UF	MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO
BA	Salvador	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
DF	Brasília	Hospital de Base do Distrito Federal
MG	Belo Horizonte	Hospital das Clínicas da UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais – Hospital das Clínicas
MG	Belo Horizonte	Santa Casa de Belo Horizonte - Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte
MG	Pouso Alegre	Hospital das Clínicas Samuel Libânio Pouso Alegre
MS	Campo Grande	Santa Casa - Associação Beneficente de Campo Grande
MT	Cuiabá	Hospital Geral Universitário/ Assoc. Proteção à Maternidade e a Inf.
PE	Recife	Hospital da Restauração
PR	Campina Grande do Sul	Hospital Angelina Caron – Sociedade Hospitalar Angelina Caron
PR	Curitiba	Hospital Universitário Cajuru
PR	Curitiba	Hospital Universitário Evangélico de Curitiba
PR	Curitiba	Hospital de Clínicas - Universidade Federal do Paraná
PR	Londrina	Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
RN	Natal	Hospital Universitário Onofre Lopes
RS	Porto Alegre	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
RS	Porto Alegre	Hospital São Lucas da PUC
RS	Porto Alegre	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
SP	Botucatu	Hospital das Clínicas Botucatu UNESP
SP	Campinas	Hospital das Clínicas da UNICAMP de Campinas - Universidade Estadual Campinas
SP	Campinas	Hospital e Maternidade Celso Piirro - Sociedade Campineira de Educação e Instrução
SP	Ribeirão Preto	Hospital das Clínicas FAEPA Ribeirão Preto
SP	São José do Rio Preto	Hospital de Base de São José do Rio Preto
SP	São Paulo	Hospital Santa Marcelina - Casa de Saúde Santa Marcelina
SP	São Paulo	Hospital das Clínicas - Fundação Faculdade de Medicina Mec Mpas
SP	São Paulo	Hospital São Paulo - Escola Paulista Medicina UNIFESP
SP	São Paulo	Hospital São Joaquim - Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência
SP	São Paulo	Santa Casa de São Paulo Hospital Central



<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/arquivos/apresentacao-eduardo-davis-ministerio-da-saude>

Cabe aos gestores estaduais, distrital e municipais do SUS, conforme competências e pactuações, a estruturação da rede assistencial, o estabelecimento dos serviços de referência e o estabelecimento de fluxos para o atendimento das pessoas com DP. altacomplexdade@saude.gov.br

No **caso concreto**, a terapia cirúrgica proposta está em conformidade com as diretrizes técnicas atuais para o tratamento do quadro apresentado

pelo paciente, devendo ser realizada o quanto antes possível, a fim de preservar a capacidade funcional residual e autonomia do paciente.

IV – REFERÊNCIAS:

1) Portaria Conjunta nº 10, de 31 de outubro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Parkinson.

2) Portaria SAS/MS nº 756 de 27 de dezembro de 2005.

https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=521

3) Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.7, n.5, p. 47677-47698 may. 2021.

4) Doença de Parkinson e o Sistema Único de Saúde. Câmara dos Deputados Comissão de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília/DF, 7 de junho de 2018.

<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cpd/arquivos/apresentacao-eduardo-davis-ministerio-da-saude>

5) International Parkinson and Movement Disorder Society Evidence-Based Medicine Review: Update on Treatments for the Motor Symptoms of Parkinson's Disease.

<https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/Resources/PDFs/TreatmentsforMotorSymptomsofPD-2018.pdf>

6) A Doença de Parkinson e Seus Tratamentos: uma revisão bibliográfica. – Centro Universitário Filadélfia - UniFil. Londrina - PR., 2011.

<https://web.unifil.br/pergamum/vinculos/000004/00000414.pdf>

7) Doença de Parkinson - Recomendações, Academia Brasileira de Neurologia. 2010.

<https://neurologiahu.paginas.ufsc.br/files/2012/08/Manual-de-recomenda%C3%A7%C3%B5es-da-ABN-em-Parkinson-2010.pdf>

8) Avaliação de Tecnologias em Saúde Sumário das Evidências e Recomendações para Emprego de Estimulador Cerebral Profundo no Tratamento de Doença de Parkinson. Câmara Técnica de Medicina Baseada em Evidências. Porto Alegre, Setembro de 2008.

<https://www.unimed.coop.br/documents/1472754/1873339/30-estimulador-cerebral-profundo-no-tratamento-de-doenca-de-parkinson.pdf>

V – DATA: 11/07/2022

NATJUS – TJMG