



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

PARECER TÉCNICO NAT/TJES Nº612/2021

Vitória, 10 de junho de 2021

Processo [REDACTED]
impetrado por [REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender solicitação da Vara Federal de Linhares, requeridas pelo MM. Juiz de Direito Dr. Gustavo Moulin Ribeiro, sobre o procedimento: **implante de eletrodo cerebral profundo (DBS)**.

I – RELATÓRIO

1. De acordo com os fatos extensamente relatados na inicial, o Requerente, de 49 anos, apresenta diagnóstico de doença de Parkinson, diagnosticada em 2008, tendo iniciado tratamento na época do diagnóstico, se mantendo com alterações, sem resposta adequada aos medicamentos utilizados. O neurologista que o acompanha atualmente no HUCAM, Dr. Marcelo Ramos Muniz, descreve em seu laudo médico todas as medicações utilizadas para o controle da doença, já que a mesma não tem cura, em doses máximas possíveis, porém mantendo-se muito sintomático, principalmente o tremor intenso em membros superiores, que o impede de desenvolver várias atividades como por exemplo comer sozinho. Como vem apresentando piora do quadro a despeito de todos os medicamentos utilizados, seu médico indicou o tratamento cirúrgico da doença de Parkinson por meio de implante de eletrodos cerebrais profundos – DPS. Como o procedimento não é realizado no SUS do ES foi solicitado o Tratamento Fora de Domicílio, que se encontra no aguardo do agendamento por parte da CNRAC. Como não tem uma data prevista para a realização do procedimento, apesar das solicitações de informações realizadas por e-mail sobre o agendamento, recorre à via judicial para obter o pleito.



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

2. Consta nos Autos inúmeros documentos que buscaremos resumir. Consta anexado cópia do prontuário médico do Requerente onde se encontram descritas as consultas realizadas o HUCAM com o Dr. Marcelo Muniz. Nessas consultas observa-se que foram utilizados vários medicamentos para o controle dos sintomas do Parkinson, alguns com otimização de dose, porém o paciente manteve o quadro de tremores, que foi se agravando a ponto de não conseguir mais nem se alimentar sozinho. Por esse motivo o médico assistente recomendou o tratamento cirúrgico da doença de Parkinson por meio de implante de eletrodos cerebrais profundo – DBS. Consta também resultados de exames laboratoriais e de imagem que descartam alguma alteração que se configure como critério de exclusão para o tratamento cirúrgico pretendido.
3. Se encontram anexados vários laudos médicos emitidos pelo Dr. Marcelo Ramos Muniz, bem como as prescrições dos medicamentos mencionados no prontuário. No laudo médico consta que o Requerente tem a doença de Parkinson desde 2008, com bradicinesia, hipertonia plástica, flutuação motora e tremor de repouso e postural altamente incapacitante. Se entra no estágio 2 da escala de incapacitação motor da doença.
4. Consta solicitação de Tratamento Fora de Domicílio realizada pelo Dr. Marcelo Muniz para o tratamento por meio de implante de eletrodos, visto não ser disponibilizado no ES.
5. Anexado Ofício emitido pelo setor de judicialização da Sesa, informando que o procedimento pleiteado é padronizado pelo SUS, que o Requerente preenche os critérios de inclusão para o mesmo e que o SUS do ES não realiza o procedimento, sendo requerido ao CNRAC, órgão nacional responsável pelo agendamento das solicitações de Tratamento Fora de Domicílio, o agendamento do procedimento do Requerente, estando no aguardo da disponibilidade.
6. Anexados documentos onde a Procuradoria Municipal de Linhares diz que a responsabilidade não é do Município, o estado do ES por sua vez diz que por não realizar o procedimento foi requerido o agendamento via TFD ao órgão nacional e a



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

União por meio da AGU, diz que compete aos estados e municípios a execução das ações e serviços de saúde.

**II – ANÁLISE
DA LEGISLAÇÃO**

1. **A Portaria Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006** divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Em seu Anexo II, item III – Pacto pela Gestão, item 2 – Regionalização, define que um dos Objetivos da Regionalização é garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema.
2. **A Resolução nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina** define urgência e emergência: Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado.
Parágrafo Primeiro - Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
Parágrafo Segundo - Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato.

DA PATOLOGIA

1. A doença de Parkinson (DP) tem incidência na população acima de 65 anos de 1 a 2% em todo o mundo e prevalência no Brasil de 3,3%, tornando-se um problema cada vez maior no País devido à transição epidemiológica. Essa doença tem efeitos devastadores nos seus portadores, principalmente se identificadas tardiamente, tanto em âmbito



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

físico-motor quanto em âmbito psicossocial. Além disso, a associação da DP com demência e depressão é frequente, com diversos estudos demonstrando forte relação entre elas. Há estudos que sugerem que até 80% dos pacientes que apresentam DP evoluirão também com um quadro de demência. As dificuldades motoras, inclusive, podem agravar esses quadros de depressão devido ao estigma colocado sobre os pacientes e à própria noção de incapacidade individual que decorre da limitação dos movimentos.

2. Parkinsonismo é definido como um dos tipos mais frequentes de distúrbios do movimento e apresenta-se com quatro componentes básicos: rigidez muscular, bradicinesia (pobreza de movimentos e lentidão na iniciação de atos motores voluntários e automáticos), tremor e instabilidade postural. Se forem apresentados pelo menos dois desses problemas, a síndrome é caracterizada. Esse conjunto de distúrbios é causado pela grande diminuição da produção do neurotransmissor dopamina, devida à degeneração das células constituintes da substância negra. Há dois tipos de parkinsonismo: o primário (ou doença de Parkinson), sem uma causa determinada ou genética, e o secundário, originado por outras condições. A ênfase do projeto é nos pacientes com parkinsonismo primário.

DO TRATAMENTO

1. O tratamento da DP é baseado em intervenções farmacológicas, além de fisio e fonoterapia. Dentre os medicamentos utilizados, a levodopa é a pedra angular, pois restaura os níveis de dopamina na região estriatal, a razão principal do aparecimento dos sintomas motores. Com o passar do tempo os sintomas tendem a aumentar em função da progressão do processo degenerativo sobre a substância negra.
2. Com o aumento dos sintomas, há necessidade de aumentar as doses de levodopa e incorporar outros medicamentos ao tratamento, como os agonistas dopaminérgicos, os inibidores do metabolismo da dopamina (inibidores enzimáticos) e a amantadina (um



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

bloqueador de receptores glutamatérgicos).

3. Nas fases mais adiantadas da DP, quando costumam ocorrer as flutuações motoras decorrentes da levodopaterapia, a combinação otimizada dos medicamentos antiparkinsonianos muitas vezes não é suficiente para devolver a qualidade de vida ao paciente. Nesse momento, aparece a possibilidade do paciente ter o benefício do tratamento cirúrgico, como as lesões ou estimulações sobre áreas específicas dos núcleos da base. Com o processo degenerativo, alguns núcleos cerebrais ficam hiperexcitados, como os núcleos subtalâmicos (NST) e o globo pálido interno (GPi), e estes têm sido os principais alvos da cirurgia.
4. A estimulação cerebral profunda surgiu como um meio de melhorar os sintomas motores assim como minimizar as flutuações e discinesia de pacientes com DP.
5. A estimulação cerebral profunda funciona da seguinte maneira: implanta-se um neuroestimulador no paciente (“marca-passo cerebral” – chamado assim por ser assemelhante ao marca-passo cardíaco), geralmente na região torácica, sob a pele e abaixo da clavícula, conectado a uma extensão que transmite os impulsos elétricos produzidos a um eletrodo implantado na região cerebral, assim, para as regiões almeçadas do sistema nervoso central. Desse modo, estimulam-se vias responsáveis pela motricidade, permitindo ao indivíduo maior controle sobre suas atividades motoras, que é a principal queixa apresentada pelos pacientes com DP. Os pulsos elétricos podem ser remotamente controlados através de um programador pequeno de mão, podendo ajustar-se a intensidade e a frequência dos pulsos, de acordo com a melhor resposta apresentada por cada paciente (a resposta depende do grau de comprometimento que a doença tem sobre cada pessoa, portanto, não podem ser padronizadas intensidade e frequência para todos os afetados).



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

DO PLEITO

1. DBS - A estimulação cerebral profunda é uma forma de neuromodulação cerebral e consiste na implantação cirúrgica de eletrodos, usados para estimular diretamente regiões específicas do cérebro de acordo com a patologia.
2. A localização anatômica precisa dessas regiões é feita por mapeamento estereotáxico, com a combinação das imagens obtidas por ressonância magnética e por tomografia computadorizada. Durante a colocação dos eletrodos, realizam-se estimulações que permitem ajustar a intensidade da estimulação e o posicionamento dos eletrodos. O equipamento consta de eletrodos, extensão (fios) e de um neuroestimulador (bateria) que é implantado na região infraclavicular.
3. No SUS, estão contemplados os procedimentos e materiais para estimulação cerebral profunda, como segue: 04.03.08.001-0 – [Implante de eletrodo para estimulação cerebral](#); 04.03.08.002-9 – implante de gerador de pulsos para estimulação cerebral + conector; 07.02.01.010-3 – conjunto de eletrodo e extensão para estimulação cerebral; 07.02.01.015-4 – Gerador para estimulação cerebral.

III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. No presente caso, o Requerente, de 49 anos, apresenta diagnóstico de doença de Parkinson desde 2008, com refratariedade ao tratamento no que se refere ao controle dos tremores. Por esse motivo foi indicado o procedimento cirúrgico de implante de eletrodo para estimulação cerebral profunda - DBS, que por não ser disponibilizado no SUS do ES foi solicitado Tratamento Fora de Domicílio.
2. Respondendo aos questionamentos levantados pelo Magistrado temos a dizer que:
 - 2.1. No presente caso em que o arsenal medicamentoso disponível foi utilizado no Requerente de forma otimizada sem que o paciente tenha apresentado melhora do



Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

quadro, a única opção para reduzir o sintoma, no caso em tela, é o tratamento por meio de implante cerebral de eletrodos.

2.2. O tratamento por meio do implante cerebral de eletrodos tem evidência científica comprovada para aqueles casos que se enquadrem dentro do protocolo existente. No caso do paciente, ele possui os critérios de inclusão para a indicação do procedimento.

2.3. O procedimento é padronizado pelo SUS e possui um Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas onde estão definidos os critérios de inclusão e exclusão para o procedimento.

2.4. Não se trata de procedimento de urgência de acordo com o conceito de urgência e emergência do Conselho Federal de Medicina, porém a demora no tratamento interferirá na qualidade de vida do Requerente.

2.5. Quanto ao custo do procedimento, pela tabela do SUS – SIGTAP o valor pago pelo procedimento é de R\$ 1988,31.

3. Em conclusão, este NAT entende que o procedimento pleiteado está indicado para o caso em tela, no entanto por não ser disponibilizado pelo SUS do ES deve ser realizado por meio do TFD. A Secretaria de Estado da Saúde não tem gerenciamento sobre a central nacional - CNRAC, a não requerer a inclusão, monitorar e cobrar o agendamento.





Poder Judiciário
Estado do Espírito Santo
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

REFERÊNCIA

ELZA DIAS-TOSTA et al. Doença de Parkinson. Recomendações. Academia Brasileira de Neurologia. São Paulo, 2010. Disponível em:

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

SCAFF, Milberto et al. Parkinsonismo juvenil: considerações a respeito de 10 casos. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 38, n. 4, p. 385-390, Dec. 1980. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1980000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1980000400008>.