

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível da Infância e da Juventude

COMARCA: Belo Horizonte

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0009430

IDADE: 08 anos

Sexo: Feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10: G80, K22, S73.0

PEDIDO DA AÇÃO: CIRURGIA DE CORREÇÃO DE LUXAÇÃO DO QUADRIL BILATERAL, bem como os demais atos, insumos e materiais necessários ao procedimento, conforme prescrição médica - DIETA ENTERAL INDUSTRIALIZADA, na quantidade de 30 (trinta) latas mensais; EQUIPOS na quantidade de 30 (trinta) unidades mensais; FRASCOS, na quantidade de 30 (trinta) unidades mensais; ROUPAS ÍNTIMAS DESCARTÁVEIS, na quantidade de 390 (trezentos e noventa) unidades mensais; e, ESOMEPRAZOL 40MG, na quantidade de 120 (cento e vinte) comprimidos por mês; todos de uso contínuo, até a suspensão total do tratamento

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Estenose esofágica, luxação do quadril

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRN-9/1.473, 23.224, 25.408 e CRMMG 69.803 e 91.561.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicitação de nota técnica

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação medica e nutricional datadas de 01/07/23, 29/07/23, 25/09/23, 29/12/23, 18/12/23, 16/02/24, 29/04/24, 30/04/24, 02/05/24 e 30/08/25, trata-se de **paciente de 15 anos, acompanhada pelo Centro de Saúde Mariano do Abreu há alguns anos**, por equipe da saúde da família, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social **com diagnóstico paralisia cerebral quadriparética secundária a encefalopatia crônica** não progressiva, decorrente de parto

prematureo domiciliar, em gestação de 28 semanas e doença do refluxo esofágico. Restrita ao leito, completamente dependente para atividades da vida diária, eutrófica. Evoluiu com esofagite ulcerada e estenose do esôfago puntiforme Grau D de Los Angeles, cursando com piora e diagnóstico posterior de ulcera gástrica. Submetida a gastrostomia, em 06/06/2023, por contra-indicação a dieta por via oral em uso de dieta enteral desde então. Em tratamento da estenose com dilatações endoscópicas 2 vezes/semana no Hospital das Clinicas. Diagnosticada em 2023 com luxação crônica de quadril bilateral, apresenta restrição da movimentação dos MMII e dificuldades de mudança de decúbito, devido a espasticidade e dor crônica, aumento do tônus e exacerbação de reflexos. Necessita de: dieta enteral polimérica isenta de lactose, glúten e fibras (Isosource 1.0 pó ou soya 1.2 liquido e trophic soya 1.2 liquido), 30latas/mês ou 42litros/mês, devido a melhor tolerância gástrica e para suprir as necessidades nutricionais da paciente, a despeito de não existir comprovação científica da vantagem terapêutica da dieta industrializada; 30 equipos e frascos de dieta/mês; cirurgia para correção da luxação do quadril, a qual já aguarda com AIH emitida, para diminuição da dor e espasticidade, melhora funcionalidade e qualidade de vida; 390 roupas intimas descartáveis tamanho G por ser ergonomicamente menos complicada de manter fixa ao corpo e ser a melhor opção; esomeprazol 40mg 2 comprimidos a noite pela sonda (120 comp/mês) devido a refratariedade dos sintomas com uso de omeprazol. Negativa das Secretarias Municipal de Saude de Belo Horizonte e Estadual de Minas Gerias conforme despacho anexado.

A paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de desordens permanentes do desenvolvimento, movimento e postura atribuído a distúrbio não progressivo que ocorre durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil, podendo contribuir para limitações no perfil de funcionalidade da pessoa. A desordem motora na paralisia cerebral pode ser acompanhada ou não por problemas musculoesqueléticos e

distúrbios sensorial, perceptivo, cognitivo, de comunicação e comportamental, que se manifestam com intensidade variável e podem ser modificados com uso de tecnologia assistiva adequada. Assim, não existe uma possibilidade de se estabelecer correlação direta entre o repertório neuromotor e o cognitivo nestes pacientes. A PC não tem cura, e seu tratamento deve envolver equipe multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas. Mesmo não havendo tratamento para PC, é possível, com uso de tecnologia assistiva, controlar sintomas e melhorar a qualidade de vida. Nos casos graves resulta em restrição ao leito do paciente, com tetraparesia espástica e dependência total para as atividades da vida diária. A ausência de condições pessoais para o autocuidado, implica na necessidade de dependência de terceiro determinando, muitas vezes o uso de fraldas e dietas enterais.

Mesmo quando adequadamente nutridas, pessoas com PC são menores que as que não tem deficiência, possivelmente, pela inatividade física, forças mecânicas sobre ossos, articulações e musculatura, fatores endócrinos, altas prevalências de prematuridade e baixo peso ao nascer. Os fatores que conferem menor crescimento linear e da massa corpórea às pessoas com PC parecem atuar de maneira sinérgica afetando o crescimento em cada uma de suas dimensões, incluindo diminuição do crescimento linear, do ganho de peso e alterações na composição corporal como o decréscimo na massa muscular, massa gordurosa e densidade óssea. Atingir índices antropométricos de peso e altura da população geral não deve constituir metas ideais quando tratamos de saúde de pessoas com PC.

A terapia enteral (TNE), consiste de procedimentos que permitem a administração de nutrientes pelo trato digestivo por via oral, sondas ou ostomias, visando manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente. Indicada a indivíduos com alteração metabólica e/ou fisiológica que cause mudanças restritivas ou suplementares em sua alimentação relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de

consumo alimentar (enteral ou parenteral).

A terapia alimentar, nos casos de necessidades alimentares especiais, **difere muito conforme o tipo de alteração fisiológica e metabólica de cada indivíduo. Nesse sentido, uma atenção nutricional bem planejada pode suprir as necessidades nutricionais do indivíduo, sob os aspectos qualitativo e quantitativo, bem como sob a forma de administração dos alimentos. Por isto esta terapia deve ser orientadas por nutricionista, quem determinará o tipo e volume de dieta necessário a cada caso. Os pacientes que mais demandam a TNE são, além dos desnutridos, os em risco nutricional e os com doenças que resultam na impossibilidade de mastigação e deglutição, como no AVE, câncer de cabeça, pescoço ou esôfago, doenças neurológicas em estágios avançados (Parkinson e Alzheimer). Frequentemente, nestas situações, há indicação de TNE prolongada, sem necessidade de manutenção da internação hospitalar, por estabilização clínica do paciente, sendo a terapia nutricional enteral domiciliar mais indicada. Neste caso a TNE domiciliar é a mais indicada e no Brasil, o uso de dietas artesanais e/ou semi-artesanais incentivado nestes pacientes.**

O Sistema Único de Saúde (SUS), **não trata as dietas e insumos como medicamentos, assim não existe no SUS legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) confere institucionalidade à organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição, bem como ressalta o papel do SUS na agenda de segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Nesse contexto, destaca-se que o cuidado alimentar deverá, sempre que possível, ser realizado por meio de técnicas dietéticas específicas que utilizam os alimentos como base da dieta do indivíduo, mesmo que portadores de necessidades específicas. Excepcionalmente em situação cientificamente justificada, quando esgotadas todas as outras alternativas terapêuticas, existem**

diretrizes regulatórias loco-regionais, como em Belo Horizonte, Ipatinga, Betim para regulamentar a disponibilização de dieta industrializada.

As dietas enterais variam quanto a seu tipo em artesanal ou industrial. As dietas artesanais são produzidas diariamente em condições rigorosas de higiene, sob orientação de nutricionista, a partir de produtos in natura, cozidos, ou não, triturados e peneirados. Podem ser indicadas para pacientes estáveis clinicamente, com doenças crônicas ou em tratamento paliativo. Não há evidências científicas que mostrem prejuízo na absorção de nutrientes provenientes de fórmula nutricional com alimentos na inexistência de disfunções absorptivas no sistema digestório e de doenças que demandam necessidades especiais de nutrientes que não possam ser suprimidos nesta dieta. Contêm proteínas, vitaminas, carboidratos, sais minerais e compostos bioativos, flavonóides e outros fenólicos em proporção adequada as necessidades estabelecidas. Os compostos bioativos possuem propriedades antioxidantes, moduladoras da resposta imunológica que diminuem o risco de mortalidade de doenças crônicas não transmissíveis. Este fato é relevante, considerando nestes pacientes com doenças crônicas nos quais o uso prolongado dessas fórmulas pode ser necessário. Além disto beneficiam a flora intestinal favorecendo pacientes e excluindo a necessidade de fibras artificiais. Podem ser indicadas para pacientes estáveis clinicamente, com doenças crônicas ou em tratamento paliativo. Apresentam como vantagem em relação as industrializadas, seu menor custo, maior concentração de probióticos, manutenção do vínculo com a família, e maior sensação de estar alimentado. Tem o inconveniente de necessitar de manipulação em condições sanitárias adequadas para evitar sua contaminação, pois são sujeitas a maior risco de contaminação microbiológica e podem apresentar deficiências de micro e macronutrientes em sua composição se não forem adequadamente preparadas. Devem ser a primeira opção para o uso domiciliar. Podem ter sua composição modificada para suplementar as

necessidades do paciente, inclusive com componente industrializado, usado por um tempo definido.

As dietas industrializadas são regulamentadas pela ANVISA e contêm macro e micronutrientes em proporções padronizadas. dieta padrão contem proteínas, lipídios, carboidratos, vitaminas e minerais, necessários à nutrição de indivíduos normais. **Apresentam custo mais elevado, maior controle de qualidade sanitária, maior comodidade de preparação e composição química definida.** A fórmula nutricional hiperproteica e hipercalórico é um suplemento para nutrição enteral e oral, isenta lactose, glúten e fibra, destinada para nutrição de pessoas com necessidades especiais, **proporcionando a manutenção ou recuperação de seu estado nutricional indicado para idosos, adultos e crianças a partir dos 10 anos de idade.** Entretanto do ponto de vista de **efeito nutricional se comparadas, a dieta industrializadas e artesanais têm o mesmo efeito, tal que podem ser usadas indistintamente, fato destacado pela médica assistente.**

Em maio de 2012, o Conselho Regional de Nutrição do Paraná divulgou parecer comparando as dietas artesanais e industrializadas para pacientes com necessidade de nutrição enteral. Os autores concluíram que **não existem evidências de superioridade de uma fórmula em relação à outra.** Mesmo em dietas especiais, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais com o uso de soja como proposto no caso. Do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas a dieta artesanal e industrializada tem o mesmo efeito, de modo que podem ser usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar em quantidade adequada para cada caso. A própria médica assistente salienta este fato de não existir superioridade nutricional da dieta industrializada quando comparada a artesanal.

Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no Sistema Único de Saúde (SUS), o **Programa Melhor em Casa, representando pelo NASF-AB**

e AC, indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentam com algum grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, visando a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador. A inclusão no Programa, se faz pela procura do usuário a unidade de saúde que dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e fornecimento de insumos como equipos, frascos e fraldas, auxiliando no cuidado ao paciente, no qual a paciente já está incluída há alguns anos e atendida quanto aos insumos para dietas e fraldas.

A dispensação de fraldas está prevista no SUS por meio do Programa Farmácia Popular aos pacientes geriátricos ou com incontinência, desde que o paciente seja deficiente ou tenha idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Para a obtenção deste benefício o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda, no qual também conste, a hipótese de paciente com deficiência, e sua respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID). É importante destacar que nenhum Programa prevê definição de marca, já que não existe embasamento técnico para tal. Também não há normativas técnicas específicas determinando a necessidade diária de fraldas/dia, existindo protocolo municipais que referem necessidade de um número médio de 4 fraldas/dia, (120unidades/mês) nos quadros de incontinência urinária severa, sendo incluída a contenção associada de dejetos fecais dentro desse mesmo limite regulamentar atingindo o limite de 150 unidades/mês. Em caso de demanda clínica intensiva por incontinência muito severa, diarreias crônicas ou pele altamente vulnerável exigem trocas frequentes de 5 a 6 fraldas por dia (cerca de 150 a 180unidades/mês) para evitar lesões cutâneas, com recomendação de

inspecionar e trocar o insumo de 4 a 6 vezes, além de trocas imediatas sempre que houver episódios de evacuação (incontinência anal) para prevenir dermatites. Não há programas para fornecimento de roupas íntimas no SUS.

Belo Horizonte dispõe de um Termo de Cooperação Técnica (TCT) entre a Defensoria Pública de Minas Gerais (DPMG) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que facilita o fluxo e agiliza o atendimento das demandas de usuários para fraldas e o quantitativo estabelecido para o fornecido de fraldas pela SMSA está limitado a 5 fraldas/dia, totalizando no máximo 150 fraldas/mês, o que abrange a previsão citada de demanda intensiva, ou seja trocas a cada 3-4 horas durante o dia e a cada 6 ou 12 horas período noturno.

A alteração da força muscular secundária e a falta do comando neurológico no PC resulta e a espasticidade muscular, associados à coxa valga e à anteversão femoral persistente, levam ao desequilíbrio e comprometem o desenvolvimento do quadril na PC, que podem resultar em dor crônica e até luxação. A melhor indicação para o tratamento da luxação do quadril na PC é a prevenção. Quando a prevenção de uma luxação não é mais possível de ser realizada, passamos a nos defrontar com uma situação de difícil tratamento, na qual a única opção restante para redução de quadril é o tratamento cirúrgico, capaz de levar a redução estável por tempo prolongado. Este tratamento visa aliviar dores, facilitar a higiene, melhorar o posicionamento sentado e corrigir o desequilíbrio muscular causado pela espasticidade. Os procedimentos mais comuns combinam osteotomias no fêmur ou na pelve e liberações de tendões por tenotomias. No SUS o procedimento tratamento cirúrgico pode variar conforme a indicação: alongamento da musculatura dos adutores do quadril em pacientes mais jovens (abaixo de 4-6 anos) com deslocamentos pequenos, chamados de subluxações; **cirurgia reconstrutiva dos quadris** para pacientes acima de 4-6 anos que possuem deslocamentos maiores, geralmente com percentual de migração

acima de 30-40% e a **hemiepifisiodesse medial do fêmur proximal**, técnica que pode prevenir a luxação da cabeça femoral, **sendo todos esses procedimentos listados na tabela SIGTAB-SUS**. O acesso depende da **indicação clínica feita por profissional de saúde em UBS ou consulta especializada e da regulação** (agenda de exames, tipo de cirurgia, fila de cirurgia, encaminhamento para unidade habilitada), **sendo procedimentos eletivo, sem caracter de urgência nem emergência** na realização. Os **paciente podem aguardar o processo cirúrgico em domicílio, respeitando os critérios e procedimentos do sistema de regulação**.

A doença do refluxo gastroesofágico (**DRGE**) é uma **afecção crônica, decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago** e/ou órgãos adjacentes, **acarretando variável espectro de sintomas** esofágicos ou extraesofágicos, **associados ou não a lesões teciduais**. Apresenta grande **importância médico-social**, não só por sua **elevada e crescente incidência**, mas por **determinar sintomas de intensidade variável**, por tempo prolongado, capazes de **prejudicar consideravelmente a qualidade de vida do paciente**. A DRGE é **multifatorial** e envolve vários mecanismos intrínsecos ou não, da **função do esfíncter esofágico inferior (EEI), do peristaltismo esofágico e do esvaziamento gástrico**, que juntos respondem pelos mecanismos de **barreira anti-refluxo**. Fatores predisponentes como **presença de hérnia de hiato, aumento da pressão intra-abdominal permanente (obesidade) ou transitória** (gravidez, inspiração profunda, tosse, exercício físico, manobra de Valsalva, constipação e outros), **refeições volumosas, postura predominante em decúbito, ingestão de alimentos ou drogas que levam ao relaxamento do EEI** como: café, chá ou mate, chocolate, molho de tomate, bebidas alcoólicas e gasosas e uso de estrógeno. Assim a **fisiopatologia se dá pela associação da disfunção da barreira esofagogástrica** decorrente do **relaxamento** transitório relevante do **esfíncter inferior do esôfago (EIE)**, pela distensão do fundo gástrico por alimento ou gás e da **hipotonia do EIE; do peristaltismo esofagiano**

inadequado, levando a clearance esofágico inapropriado; do retardo do esvaziamento gástrico e da alteração na barreira gastroesofágica por hérnia hiatal de deslizamento, lesão da mucosa esofagiana, permitem o deslocamento de conteúdo gastroduodenal para o esôfago. Este conteúdo, em contato cronicamente com a mucosa esofágica pode determinar complicações locais como: esôfago de Barrett, esofagite grave, sangramento e prolongada estenose do esôfago, ou síndrome de Sandifer. A mais importante delas é o esôfago de Barrett, pela predisposição de progredir para estenose e neoplasia.

O quadro clínico de DRGE é diverso e varia de acordo com a idade do paciente. As manifestações clínicas consideradas típicas da doença são pirose e regurgitação, que se coexistem, a possibilidade de DRGE é superior a 90%. Repercussões clínicas como dor abdominal, anemia, hemorragia digestiva, dificuldade no ganho ou perda ponderal e outras manifestações clínicas atípicas manifestações respiratórias (tosse, pneumonias de repetição, broncoespasmo) e otorrinolaringológicas, (disfonia, laringite e pigarro; erosão dental, aftas, globus faríngeo e halitose), distúrbio do sono, alteração do desenvolvimento podem ocorrer. Os casos mais avançados cursa com esofagite e a disfagia, hemorragia digestiva.

A principal ferramenta para o diagnóstico da DRGE é a história clínica que possui sensibilidade de 67% e especificidade de 77% em pacientes com idade de até 54 anos e sintomas de pirose e regurgitação ácida. A necessidade de confirmação diagnóstica com exames subsidiários, está presente nos pacientes com sintomas atípicos; com probabilidade de DRGE complicada ou com sintomas de alarme tais como: disfagia, odinofagia, perda de peso, anemia, hemorragia digestiva; nos indivíduos com história familiar de câncer e naqueles com queixas de náuseas e vômitos e/ou sintomas de grande intensidade ou de ocorrência noturna; ou naqueles que persistem com os sintomas após tratamento empírico com inibidores de bomba de prótons (IBP). A

endoscopia digestiva alta (EDA) e a pHmetria esofágica prolongada são métodos diretamente relacionados com o diagnóstico da DRGE. O primeiro identifica o tipo e extensão de dano aos tecidos, determinando as formas da doença que cursam com esofagite e o segundo caracteriza o subgrupo com RGE patológico.

O tratamento clínico é a norma no controle dos sintomas; entretanto, o grande problema é manter os pacientes assintomáticos. Medidas comportamentais, envolvendo alterações no estilo de vida, são consagradas, a despeito da discussão existente quanto ao seu real efeito X qualidade de vida. Dentre elas, são descritas mudanças no hábito alimentar com refeições balanceadas em intervalos regulares, sem ingestão de líquidos concomitantes, substâncias ácidas, abandono do tabagismo e álcool. São cabíveis dois tipos de abordagem inicial: tratamento empírico (teste terapêutico) e tratamento baseado na confirmação diagnóstica da afecção por exames subsidiários. Na decisão sobre a abordagem a ser adotada, é importante considerar a idade e a presença ou não de manifestações de alarme.

Atualmente as drogas de primeira escolha são os IBP. Estas drogas atuam nas células parietais do estômago, responsáveis pela produção de ácido clorídrico, inibindo a enzima $H^+, K^+ -ATPase$ (ou BP) realizando a supressão ácida gástrica em até 95%, reduzindo a agressão do esôfago representada pelo ácido. São considerados tratamento de primeira escolha, sendo muito eficazes e existindo várias gerações de IBP como omeprazol, pantoprazol, lansoprazol e esomeprazol. Os antagonistas dos receptores H_2 da histamina e os procinéticos são considerados drogas de segunda linha. Eles atuam bloqueando os receptores da histamina existentes nas células parietais, reduzindo a secreção de ácido. Os mais utilizados são a ranitidina, a famotidina, a cimetidina e a nizatidina. Os IBPs produzem uma supressão ácida significativamente mais eficaz e prolongada do que os antagonistas dos receptores H_2 e são capazes de manter o pH intragástrico superior a 4 por até 16 a 18 h/dia. Os

procinéticos têm a propriedade de acelerar o esvaziamento gástrico, porém não têm ação sobre os relaxamentos transitórios do EEI. Os mais empregados são a metoclopramida e a domperidona e devem ser **indicados quando o componente de gastroparesia estiver presente**. Em que pese sua grande contribuição no tratamento da DRGE, 20 a 42% dos pacientes não respondem de maneira satisfatória, é a chamada DRGE refratária. As primeiras causas da DRGE refratária são: pirose funcional, falta de aderência ao tratamento, erro de prescrição, diferenças genóticas, refluxo gastroesofágico não ácido, doenças autoimunes, esofagite eosinofílica e erro de diagnóstico. O tratamento cirúrgico é **indicado para os pacientes que requerem uso contínuo de fármacos**, que são intolerantes aos fármacos, **os que não respondem ao tratamento clínico prolongado adequadamente** e nas formas complicadas da doença e naqueles com manifestação extra-esofágica sem resposta a terapêutica clínica. A **indicação absoluta do tratamento cirúrgico na DRGE diz respeito às complicações da doença**. O tratamento cirúrgico dos pacientes com manifestações extra-esofagianas, **é indicado principalmente para os refluídos crônicos com queixas respiratórias, seguidos dos com laringite crônica com rouquidão**.

O omeprazol é o IBP mais empregado em nosso país, sendo fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde por meio do CBAF, que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema. No tratamento empírico, é indicado como escolha para o teste terapêutico em pacientes com manifestações típicas, menores de 40 anos. Deve ser usado, inicialmente, por período de quatro a oito semanas. Se o paciente não apresentar abolição dos sintomas, a dose deve ser dobrada, isto é, antes do desjejum e antes do jantar.

O esomeprazol é o IBP mais recente e foi desenvolvido como o isômero S do omeprazol como uma tentativa de melhorar suas propriedades farmacocinéticas. A manutenção do pH intragástrico > 4 é vital para o manejo eficaz da DRGE o que é alcançado com o

esomeprazol. É o único IBP de isômero óptico (PPI) aprovado para o tratamento da esofagite por refluxo, o tratamento sintomático da DRGE, a prevenção e cura da úlcera gástrica associada ao AINEs e a prevenção de úlceras duodenais associadas ao AINEs no Reino Unido, o tratamento da infecção por Helicobacter pylori e a doença da úlcera duodenal associada e prevenção da recaída de úlceras pépticas associadas a H. pylori no Reino Unido e o tratamento da síndrome de Zollinger-Ellison e outras síndromes hipersecretores nos EUA. No geral, em estudos clínicos bem projetados de 4 semanas a 6 meses de duração em pacientes com DRGE, o esomeprazol teve eficácia semelhante ou melhor do que outros agentes. Apesar de alguma controvérsia, dados de ensaios clínicos e meta-análises indicam que o esomeprazol 40 mg por até 8 semanas proporcionou taxas mais altas de cicatrização da DRGE erosiva e uma proporção maior de pacientes com resolução sustentada da azia, do que omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg ou pantoprazol 40 mg. Assim o esomeprazol oral 40 mg/dia demonstra maior atividade antissecretora do que outros IBPs. O esomeprazol é geralmente bem tolerado com um perfil de evento adverso semelhante ao de outros IBPs. A eficácia e tolerabilidade do esomeprazol para o tratamento da erradicação de DRGE e H. pylori permanecem indiscutíveis, e os dados apoiam seu uso para o tratamento de 1ª linha da úlcera gástrica associada ao AINE e síndrome de Zollinger-Ellison.

Conclusão: paciente de 15 anos, acompanhada pelo Centro de Saúde Mariano do Abreu há alguns anos, por equipe da saúde da família, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social com diagnóstico paralisia cerebral quadriparética secundária a encefalopatia crônica não progressiva, decorrente de parto prematuro domiciliar, em gestação de 28 semanas e doença do refluxo esofágico. Restrita ao leito, completamente dependente para atividades da vida diária, eutrófica. Evoluiu com esofagite ulcerada e estenose do esôfago puntiforme Grau D de Los Angeles, cursando com piora e

diagnóstico posterior de **ulcera gástrica**. Submetida a **gastrostomia**, em 06/06/2023, por **contra-indicação a dieta por via oral em uso de dieta enteral** desde então. Em **tratamento da estenose com dilatações endoscópicas 2 vezes/semana** no Hospital das Clínicas. Diagnosticada em 2023 com **luxação crônica de quadril bilateral**, apresenta **restrição da movimentação dos MMII e dificuldades de mudança de decúbito**, devido a **espasticidade e dor crônica**, aumento do tônus e **exacerbação de reflexos**. **Necessita de: dieta enteral polimérica isenta de lactose, glúten e fibras** (Isosource 1.0 pó ou soya 1.2 líquido e trophic soya 1.2 líquido), **30latas/mês ou 42litros/mês**, devido a **melhor tolerância gástrica e para suprir as necessidades nutricionais da paciente**, a despeito de não existir **comprovação científica da vantagem terapêutica da dieta industrializada**; **30 equipos e frascos de dieta/mês**; **cirurgia para correção da luxação do quadril**, a qual já aguarda com **AIH emitida**, para **diminuição da dor e espasticidade**, **melhora funcionalidade e qualidade de vida**; **390 roupas íntimas descartáveis tamanho G** por ser **ergonomicamente menos complicada de manter fixa ao corpo e ser a melhor opção**; **esomeprazol 40mg 2 comprimidos a noite pela sonda (120 comp/mês)** devido a **refratariedade dos sintomas com uso de omeprazol**. **Negativa das Secretarias Municipal de Saude de Belo Horizonte e Estadual de Minas Gerais conforme despacho anexado.**

A PC não tem cura, e seu tratamento deve envolver equipe multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas. Mesmo não havendo tratamento para PC, é possível, com uso de tecnologia assistiva, controlar sintomas e melhorar a qualidade de vida. Nos casos graves resulta em restrição ao leito do paciente, com tetraparesia espástica e dependência total para as atividades da vida diária. A ausência de condições pessoais para o autocuidado, implica na necessidade de dependência de terceiro determinando, muitas vezes o uso de fraldas e dietas enterais.

Mesmo se adequadamente nutridas, pessoas com PC são

menores que as que não tem deficiência. Assim atingir índices antropométricos de peso e altura da população geral não deve constituir metas ideais quando tratamos de saúde de pessoas com PC.

É importante destacar que:

- o tratamento suportivo, paliativo, reabilitador nesta condição de necessidade de terapia enteral, deve incluir não só o paciente, mas a família/cuidador com o apoio necessário para habilitá-los a tornarem cada vez mais autônomos para os cuidados adequados ao paciente, com supervisão de apoio multidisciplinar,
- Programa Melhor em Casa, no qual o paciente já é inscrito e atendido, está apto a dar este suporte e assim como o acompanhamento nutricional e avaliação da necessidade e número de insumos ,
- a dispensação de fraldas está prevista no SUS no Programa Farmácia Popular aos pacientes geriátricos ou com incontinência urinária,
- não há no SUS previsão de dispensação de roupas íntimas e na literatura não há recomendação do uso de tal no suporte domiciliar,
- Em Belo Horizonte um TCT entre a DPMG e a SMSA que facilita o fluxo e agiliza o atendimento das demandas de usuários para fraldas;
- nenhum programa está previsto definição de marca, já que não existe embasamento técnico para tal, mas define o quantitativo de 150 unidades/mês, ou seja 5 fraldas/dia o que atende demandas intensivas, não sendo encontrado na literatura justificativa para uso de de 390 unidades/mês como solicitado.
- mesmo quando adequadamente nutridas, pessoas com PC são menores que as que não tem deficiência,
- não há evidências no caso em tela que o paciente apresente comprometimento nutricional, avaliação antropométrica eutrófica,
- em que pese a prescrição médica de dieta industrializada não há evidências de contra-indicações ao uso de dieta artesanal do ponto de vista científico na condição apresentada pela paciente e das prescrições feitas pelas nutricionistas

- a dieta artesanal deve-se primeira escolha, já que pode vir a suprir as necessidades do paciente.
- a dieta artesanal, apresenta o mesmo efeito nutricional da dieta industrializada, tem maior concentração de probióticos, polifenóis e antioxidante é mais barata e se necessário pode, ser suplementada com insumos industrializados,
- conforme a literatura não há benefícios nutricionais do uso exclusivo de dieta industrializada fato inclusive referido pela médica assistente,
- não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar,
- a espasticidade muscular, associados à coxa valga e à anteversão femoral persistente, levam ao desequilíbrio que podem resultar em dor crônica e até luxação no PC,
- se não é possível a prevenção a única opção restante para redução de quadril é o tratamento cirúrgico,
- a cirurgia visa aliviar dores, facilitar a higiene, melhorar o posicionamento sentado e corrigir o desequilíbrio muscular causado pela espasticidade.
- os procedimentos variam conforme a indicação e os mais comuns combinam osteotomias no fêmur ou na pelve e liberações de tendões por tenotomias.
- no SUS estes procedimento estão listados na tabela SIGTAB-SUS. O acesso depende da indicação clínica feita por profissional de saúde em UBS ou consulta especializada e da regulação
- são procedimentos eletivo, sem caracter de urgência nem emergência na realização podem aguardar pela cirurgia em domicílio, respeitando os critérios e procedimentos do sistema de regulação, o qual já está solicitado para a paciente em AIH,
- a DRGE é afecção crônica, decorrente do fluxo retrógrado de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago, acarretando variável espectro de sintomas esofágicos ou extraesofágicos, associados ou não

- a lesões teciduais,
- nos casos de DRGE pode ocorrer esofago de Barrett e estenose,
 - a norma do **tratamento é no controle dos sintomas; entretanto, o grande problema é manter os pacientes assintomáticos,**
 - medidas comportamentais, envolvendo **alterações no estilo de vida, são consagradas,**
 - **são cabíveis dois tipos de abordagem terapêutica inicial: tratamento empírico (teste terapêutico) e tratamento baseado na confirmação diagnóstica** da afecção por exames subsidiários;
 - **as drogas de primeira escolha são os IBP** existindo varias gerações de IBP como **omeprazol**, pantoprazol, lansoprazol e **esomeprazol**;
 - **o omeprazol é o IBP** mais empregado em nosso país, **sendo fornecido gratuitamente pelo SUS por meio do CBAF**, que é a primeira linha de cuidado medicamentoso do sistema,
 - **o esomeprazol é o IBP mais recente, isômero S do omeprazol como uma tentativa de melhorar suas propriedades farmacocinéticas.**
 - **único IBP PPI aprovado para o tratamento da esofagite por refluxo e o tratamento sintomático da DRGE, no Reino Unido,**
 - dados de **ensaios clínicos e meta-análises indicam que o esomeprazol 40 mg por até 8 semanas proporcionou taxas mais altas de cicatrização da DRGE erosiva e uma proporção maior de pacientes com resolução sustentada da azia, do que omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg ou pantoprazol 40 mg;**
 - **a eficácia e tolerabilidade do esomeprazol para o tratamento da erradicação de DRGE permanecem indiscutíveis.**

V – REFERÊNCIAS:

- 1) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_2504_2016.html.
- 2) Parecer-técnico do Conselho Federal de Nutricionistas 2012. Disponível

em: <http://www.crn8.org.br/noticias/2012/parecertecnico.pdf>.

3) Perguntas & respostas. Fórmulas para nutrição enteral. Anvisa GERÊNCIA-GERAL DE ALIMENTOS Gerência de Registro de Alimentos, 1ª edição Brasília, 1 de julho de 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/2810640/F%C3%B3rmulas+para+nutri%C3%A7%C3%A3o+enteral/a26b2476-189a-4e65-b2b1-4b94a94a248c>.

4) Regulamento Técnico sobre Fórmulas Para Nutrição Enteral, seção I do capítulo III da RDC21/2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2015/rdc0021_13_05_2015.pdf.

5) Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para dispensação fórmulas alimentares para adulto e idoso. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_dispensacao_formulas_alimentares_adultoseidosos.pdf.

6) Parecer-técnico do Conselho Federal de Nutricionistas 2012. Disponível em: <http://www.crn8.org.br/noticias/2012/parecertecnico.pdf>.

7) Bogoni A CRK. **Atenção domiciliar a saúde: proposta de dieta enteral artesanal com alimentos de propriedades funcionais**. 2012.133f Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, PR. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/mestrado/Anna%20Claudia%20da%20Rocha%20Klarmann.pdf>.

8) Maniglia FP, Pagnani ACC, Nascimento GG. Desenvolvimento de dieta enteral artesanal com propriedades funcionais. **Rev Bras Nutr Clin** 2015; 30(1): 66-70. Disponível em: <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/12-Desenvolvimento-de-dieta-enteral.pdf>.

9) Jansen AK, Henriques GS, Miranda LA, Guedes EG, Rodrigues AMS, Generoso SV. Terapia nutricional enteral domiciliar: promoção do direito humano à alimentação adequada. Anais do 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais, (UFMG). 2016. Disponível em:

[https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/66003/2/Terapia nutricional enteral domiciliar_ promoção do direito humano à alimentação adequada.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/66003/2/Terapia_nutricional_enteral_domiciliar_promoção_do_direito_humano_à_alimentação_adequada.pdf)

10) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral. Brasília, 2014. 1ª ed. 73p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_paralisia_cerebral.pdf.

11) Defensoria Pública de Minas Gerais. Atuação extrajudicial da DPMG facilita fornecimento gratuito de fraldas geriátricas pelo Município de Belo Horizonte. Disponível em: <https://defensoria.mg.def.br/atuacao-extrajudicial-da-dpmg-facilita-fornecimento-gratuito-de-fraldas-geriatricas-pelo-municipio-de-belo-horizonte/#:~:text=O fornecimento do insumo pela,dos gastos com o produto.>

10) Centro Colaborador do SUS Avaliação de Tecnologias e Excelência em Saúde CCATES. Faculdade de Farmácia - UFMG. Departamento. de Farmácia Social Parecer Técnico Científico. PTC 13/2015 Incontinência urinária e incontinência fecal: Estudo sobre o uso de fraldas e insumos auxiliares. Belo Horizonte, 2015. 75p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876548/pub_1459949743.pdf.

11) Girardi G. Fraldas higiênicas no Brasil: revisão crítica e judicialização. **Persp Med Legal Pericia Med.** 2025;10:250946. Disponível em: <https://www.perspectivas.med.br/articles/fraldas-higienicas-no-brasil-revisao-critica-ejudicializacao>.

12) Henry MACA. Diagnóstico e tratamento da doença do refluxo gastroesofágico. **ABCD** 2014;27(3):210-5. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v27n3/pt_0102-6720-abcd-27-03-00210.

13) Braga MP, Silva CB, Adams AIH. Inibidores da bomba de prótons: Revisão e análise farmacoeconômica Disponível em: file:///C:/Users/f0206128/Downloads/m_2963-19982-2-PB.pdf.

14) Wannmacher L. Inibidores da bomba de prótons: indicações racionais.

Uso Racion Medicam 2004;2(1):1-6. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/HSE_URM_IBP_1204.pdf.

15) Varannes SB, Coron E, Galmiche JP. Short and long-term PPI treatment for GERD. Do we need more potent anti-secretory drugs? **Best Pract Res Cl Ga.** 2010;24:905-21. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521691810001137?via%3Dihub>.

16) Rohss K, Hasselgren G, Hedenstrom H. Effect of esomeprazole 40mg vs omeprazole 40mg on 24-hour intragastric pH in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease. **Dig Dis Sci.** 2002;47:954-58. Disponível em: file:///E:/CEMED/Nova%20pasta/NT%20949%20%C3%9Alcera%20p%C3%A9ptica%20Esomeprazol/A_1015009300955.pdf.

17) Kalaitzakis E, Björnsson E. A review of esomeprazole in the treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). **Ther Clin Risk Manag.** 2007;3(4):653-63. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18472988/>.

18) Dent J. Review article: pharmacology of esomeprazole and comparisons with omeprazole. **Aliment Pharmacol Ther.** 2003;17(Suppl1):5-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12614299/>.

19) Röhss K, Hasselgren G, Hedenström H. Effect of esomeprazole 40 mg vs omeprazole 40 mg on 24-hour intragastric pH in patients with symptoms of gastroesophageal reflux disease. **Dig Dis Sci.** 2002;47(5):954-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12018920/>.

20) Miner P Jr, Katz PO, Chen Y, Sostek M. Gastric acid control with esomeprazole, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole, and rabeprazole: a five-way crossover study. **Am J Gastroenterol.** 2003;98(12):2616-2. Disponível em: <https://www.ovid.com/jnls/ajg/abstract/10.1111/j.1572-0241.2003.08783.x~gastric-acid-control-with-esomeprazole-lansoprazole?redirectionsource=fulltextview>.

21) Cipola WWV, Cruz CLA. Tratamento cirúrgico da luxação do quadril na paralisia cerebral. **Técnicas em ortopedia.** 2002;3:12-17. Disponível em: <https://www.tecnicasemortopedia.com.br/revista/article/view/45>.

22) Souza RC, Mansano MV, Bovo M, Yamada HH, Rancan DR, Svartma C, Fucs PMMB, Svartman C, Assumpção R de. Cirurgias de salvamento do quadril em paralisia cerebral: Revisão Sistemática. **Rev Bras Ortop.** 2015; 50(3):254-9. Disponível em: <https://rbo.org.br/Content/pdf/50-3-port/RBO-94correcao.pdf>.

VI – DATA:

10/08/2026

NATJUS – TJMG