



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

### NOTA TÉCNICA

#### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiz de Direito Dr. Filipe de Souza Barbosa Ramos

**PROCESSO Nº.:** 10000210799045001

**SECRETARIA:** 12ª Câmara

**COMARCA:** Belo Horizonte

#### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** G. A. R.

**IDADE:** 62 anos

**PEDIDO DA AÇÃO:** Home care - enfermagem

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** CID 10 G 12.2, J 96.1

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:**

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 33.571

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2021.0002283

#### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Considerando as condições pessoais do autor e os exames médicos dos autos, há necessidade de técnico de enfermagem, conforme requerido pelo autor?

#### III - CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO:

Conforme a documentação médica datada de 04/03/2021 trata-se de GAR, 62 anos com diagnóstico de diabetes, hipertrofia benigna prostática, esclerose lateral amiotrófica. História de câimbras, seguida de disfonia e fraqueza muscular centralizada com comprometimento dos músculos respiratórios. Evoluiu com insuficiência respiratória e dependência de aparelhos de suporte de ventilação. Em uso de gastrostomia, riluzol, tansulozina e pioglitazona. Necessita de fisioterapia respiratória e motora 3 vezes por semana, cuidados de enfermagem 12 horas, por 7 dias por semana, assim como interface



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

**híbrida para ventilação não invasiva**, através de BIPAP por máscara facial, indefinidamente, para minimizar o riscos. **Tem, autorizado pela Portal Saúde, o suporte de fisioterapia domiciliar.**

**A doença dos neurônios motores (DNM), também conhecida como esclerose lateral amiotrófica (ELA), é uma desordem neurodegenerativa fatal e incomum do sistema motor em adultos.** Ocorrendo ao longo da vida adulta, com o **pico de incidência entre os 50 e os 75 anos de idade**, sendo **mais frequente nos homens** na proporção de 3:2. Tem como os **únicos fatores de risco estabelecidos a idade e o histórico familiar.** Embora a etiologia da DNM seja desconhecida, as evidências atuais sugerem que múltiplos fatores de interação contribuem para a lesão dos neurônios motores (NM) como: alteração genética de expansão repetitiva do hexanucleotídeo patológico em C9ORF72; estresse oxidativo e a toxicidade glutamatérgica. Historicamente, **a DNM foi identificada como uma síndrome clínica** distinguível de outras doenças do NM, **com base na localização do primeiro sintoma e na extensão em que as células do corno anterior ou os neurônios corticomotores estão inicialmente envolvido.**

**Acredita-se que, por ocasião do primeiro sintoma, mais de 80% dos NM já tenham sido perdidos.** Os sintomas são diversos e desafiadores para o paciente e o clínico. **O quadro clínico reflete a perda de neurônios do sistema motor do córtex ao corno anterior da medula.** Os sinais físicos desse distúrbio incluem achados de ambos NM superiores (NMS) e NM inferiores (NMI). Os achados físicos correlacionam-se com as diferentes topografias da degeneração dos núcleos motores: bulbar, cervical ou lombar, sendo os sinais e sintomas reunidos em dois grupos resultantes:

- **diretos da degeneração motoneuronal: fraqueza, atrofia, fasciculações, câibras musculares, espasticidade, disartria, disfagia,**



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

**dispneia e labilidade emocional;**

- **indiretos dos sintomas primários:** constipação, sialorreia, sintomas de hipoventilação crônica, espessamento de secreções mucosas, dor e distúrbios psicológicos e de sono.

**O diagnóstico é clínico, baseado na história clínica e no exame físico, tornando-se evidente ao longo da evolução. O achado de sinais de comprometimento dos NMI e NMS concomitantes em diferentes regiões, sempre associado a progressão da doença sem sinais sensitivos explicação alternativa para este achado é a regra. Não existe teste diagnóstico específico capaz de confirmar ou excluir totalmente a doença, podendo os achados aos estudos de eletrodiagnóstico, imagem e laboratório contribuir para o mesmo na presença de:**

- Sinais de **denervação na biopsia dos músculo envolvidos;**

- **Elevação pequena da Creatinafosfoquinase (CK) sérica;**

- **Ausência de alteração do hemograma, função renal, hepática e tempo de protrombina;**

- **Ausência de lesão estrutural que expliquem os sintomas à Ressonância magnética (RM) de encéfalo e junção craniocervical;**

- **Denervação em mais de um segmento, atividade espontânea do músculo normal em repouso; redução do número de unidades motoras sobre controle voluntário e neurocondução motora e sensitiva normais na eletroneuromiografia (ENMG) dos 4 membros.**

Nos pacientes com longa evolução da doença e sinais e sintomas generalizados o diagnóstico é evidente, sendo provável nos com comprometimento dos NMI e NMS em 01 região ou do NMS em 01 ou mais regiões associados à evidência de denervação aguda na ENMG em 2 ou mais segmentos. Já nos estágios iniciais da doença, quando há mínimos



## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

sinais de disfunção dos NMS e NMI, é comum a confusão diagnóstica com outras DNM como a esclerose lateral primária, atrofia muscular progressiva, atrofia muscular espinhal, atrofia muscular espinobulbar.

**Não existe até o momento intervenção terapêutica ou médica que possa curar ou mesmo interromper a progressão da DNMI. O foco do tratamento é na terapia sintomática, reabilitadora e paliativa, com o objetivo geral de otimizar a qualidade de vida, inclusive com abordagem de suporte respiratório e treinamento muscular inspiratório; suporte ventilatório e uso de drogas. O treinamento muscular inspiratório e ventilação mecânica para suporte da função respiratória com suporte ventilatório não invasivo, nas suas várias modalidades, é a conduta terapêutica não farmacológica que mais aumenta a sobrevida e a qualidade de vida do paciente com DNMI.**

Assim **o tratamento da DNM é suportivo, paliativo, reabilitador e 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.** No nível de atividade e participação, **as intervenções incluem os exercícios terapêuticos, o atendimento multidisciplinar e o envolvimento de familiar/cuidador.** Entretanto **nenhuma afirmação pode ser feita sobre a eficácia destas abordagens com base em qualquer estudo de alta qualidade. Existe um consenso clínico de que os cuidados multidisciplinares devem ser prestados quando disponíveis conforme as recomendações do Centro Nacional de Referência Clínica (NICE) do Reino Unido.**

**A terapia medicamentosa se reserva ao controle dos sintomas, assim como permitir e prolongar alguma habilidade motora e cognitiva.**



## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

**Podem ser usadas drogas para minimizar os sinais da doença no nível do comprometimento para controle da dor, câimbras, sialorreia, espasticidade e a terapia de suporte nutricional enteral. Existem poucos medicamentos aprovados para o tratamento de DNM. O riluzol é o único tratamento farmacológico para uso como tratamento na doença nos Estados Unidos, Austrália e em muitos países europeus, que está disponível Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do PDCT da ELA. Entretanto as evidências mostram que o suporte ventilatório não invasivo é a conduta terapêutica não farmacológica que mais aumenta a sobrevida e a qualidade de vida do paciente com DNMI, sendo inclusive, possivelmente superior ao uso de riluzol, uma vez que estudos da DNM indicam uma sobrevida média de 3-5 anos, que na ausência da ventilação mecânica prolongada, apresenta porcentagem de sobreviventes em 10 anos de 8-16%, podendo chegar a 15 anos ou mais com a ajuda do suporte ventilatório.**

No SUS, desde de 2011, o tratamento suportivo destes casos, foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio do **Programa Melhor em Casa**. Este programa é indicado para pessoas que estando clinicamente estáveis, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentam em 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 à unidade de saúde que dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo o acompanhamento multiprofissional. **No caso do convênio Postal Saúde a indicação de**



## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

**internação domiciliar assemelha-se a dos SUS e destina-se aos pacientes com internações hospitalares prolongadas e/ou reinternações, com diagnóstico de doenças crônicas terminais, doenças agudas com estabilidade clínica, estando o paciente restrito ao leito e necessitando de cuidados especializados de profissionais da enfermagem. A internação domiciliar pela Portal Saúde busca a otimização do uso de recursos financeiros e sanitários em relação aos procedimentos realizados em ambiente hospitalar, que geralmente são de custos elevados e podem levar a exposição do paciente aos riscos de adquirir novas complicações. Assim utiliza-se do critério de complexidade do paciente para determinar a quantidade de horas assistidas pelo profissional técnico de enfermagem sendo internação de:**

- baixa complexidade: 6 horas de cuidados do técnico de enfermagem;
- média complexidade: 12 horas de cuidados do técnico de enfermagem;
- alta complexidade: 24 horas de cuidados do técnico de enfermagem.

**Conclusão:** trata-se de paciente de **62 com diabetes, hipertrofia benigna prostática, esclerose lateral amiotrófica**. História de câimbras, seguida de disfonia e fraqueza muscular com comprometimento dos músculos respiratórios. **Evoluiu com insuficiência respiratória e dependência de aparelhos de suporte de ventilação. Em uso de gastrostomia, riluzol, tansulozina e pioglitazona. Necessita de fisioterapia respiratória e motora 3 vezes/semana, cuidados de enfermagem 12 horas, por 7 dias/semana, assim como interface híbrida para ventilação não invasiva, através de BIPAP por máscara facial, indefinidamente, para minimizar o riscos. Tem, autorizado pela Portal Saúde, o suporte de fisioterapia domiciliar.**

**A ELA é uma doença neuro-degenerativa crônica, progressiva e**



## **Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais**

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

**irreversível, de mal prognóstico, com sobrevida média de 3-5 anos, não existindo, até o momento, intervenção terapêutica ou médica que possa curar ou mesmo interromper sua progressão. O tratamento é suportivo, paliativo, reabilitador e 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. Entretanto nenhuma afirmação pode ser feita sobre a eficácia destas abordagens com base em qualquer estudo de alta qualidade. Existe consenso clínico de que os cuidados multidisciplinares devem ser prestados quando disponíveis conforme as recomendações do NICE. O tratamento objetiva otimizar a qualidade de vida, inclusive com suporte respiratório e uso de drogas. O treinamento muscular inspiratório e ventilação mecânica para suporte da função respiratória com suporte ventilatório não invasivo, nas suas várias modalidades, é a conduta terapêutica não farmacológica que mais aumenta a sobrevida e a qualidade de vida do paciente com DNMI. Para o tratamento de suporte e reabilitação ventilatória, conforme documentos foi autorizado pela Portal Saúde a fisioterapia domiciliar.**

**No SUS, este tratamento é realizado por meio do Programa Melhor em Casa indicado para pessoas clinicamente estáveis que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito definitiva, 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 internação domiciliar pela Portal Saúde busca a otimização do uso de recursos financeiros e sanitários em relação aos procedimentos realizados em ambiente hospitalar, que geralmente são de custos elevados e podem levar a exposição do paciente aos riscos de**



## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

adquirir novas complicações. **Utiliza-se do critério de complexidade do paciente para determinar a quantidade de horas assistidas pelo profissional técnico de enfermagem sendo internação:**

- baixa complexidade: 6 horas de cuidados do técnico de enfermagem;
- média complexidade: 12 horas de cuidados do técnico de enfermagem;
- alta complexidade: 24 horas de cuidados do técnico de enfermagem.

**Vale ressaltar, como já dito, que o tratamento é suportivo, paliativo, reabilitador na ELA 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, o que o não confere critérios de ser definitivo e/ou por tempo indefinido.**

### **V – REFERÊNCIAS:**

10 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](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_2504_2016.html).

2) PAPADAXIS MA & McPHEE SJ. **Currents Medical Diagnosis & Treatment** 26. ed. New York: Lange Medical Publications, 2017.

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

4) Ng L, Khan F, Young CA, Galea M. Symptomatic treatments for amyotrophic lateral sclerosis /motor neuron disease. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Online Publication Date: January 2017. Disponível em: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011776.pub2/full>.

5) Protocolo clínico e diretriz terapêutica da esclerose lateral aminotrófica.





## Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais

Rua Goiás, nº 253, 8º andar, sala 801, Centro  
Belo Horizonte – MG CEP 30190-030

Ministério da Saúde Secretaria de Atenção a Saúde Portaria nº 1151 11 de  
novembro de de 2015. Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/20/Portaria-SAS-MS---1151--de-11-de-novembro-de-2015.pdf> .

### **VI – DATA:**

05/06/2021

NATJUS – TJMG