



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT-FEDERAL Nº 0228/2018

Rio de Janeiro, 26 de março de 2018.

Processo nº 0031306-85.2018.4.02.5101,

ajuizado por [REDACTED]

neste ato representado por [REDACTED]

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da 15ª Vara Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao fornecimento do serviço de *home care*.

### I – RELATÓRIO

1. Foram considerados apenas os documentos médicos acostados às folhas 33, 34, 38, 39 e 43 a 47, uma vez que são suficientes para a apreciação dos pleitos e do quadro clínico do Autor.

2. De acordo com os documentos médicos do Instituto Fernandes Figueira - SUS (fls. 33 e 34, 38 e 39), emitidos em 26 de janeiro de 2018 e 20 de fevereiro de 2018, pelo médico [REDACTED] o Autor apresenta **microcefalia, atraso global do desenvolvimento, epilepsia e gastrostomia**, possivelmente associados à infecção congênita pelo vírus Zika. Encontra-se internado nesta unidade desde o dia 23/06/2017 devido ao quadro de pneumonia e bronquiolite obliterante por adenovírus. Atualmente, encontra-se **traqueostomizado**, dependente de **ventilação não-invasiva contínua** (Bipap) e oxigenoterapia, sem sucesso nas tentativas de desmame ventilatório. Necessita de **acompanhamento domiciliar** dos serviços de **fisioterapia motora, respiratória e fonoaudiologia**, além de **cuidados de enfermagem**. Para isso, são necessários:

- Dieta por gastrostomia – **Fortini®** ou equivalente – 120mL, de 4 x 4 horas, exceto às 2:00h da manhã;
- **Levotiroxina sódica 25mcg** – 01 comprimido ao dia;
- **Fenobarbital 40mg/mL** – 3mg/kg/dia – 1mL à noite;
- **Ácido Valpróico 250mg/5mL** – 34mg/kg/dia – 3mL 8/8h;
- **Clobazam 10mg** – 2,2mg/kg/dia – 03 comprimidos ao dia;
- **Topiramato 25mg** – 4,8mg/kg/dia – 01 comprimido manhã e tarde e ½ comprimido à noite;
- **Cloroquina 250mg** – 10mg/kg/dia – 01 comprimido ao dia;
- **Azitromicina 200mg/5mL** – 10mg/kg/dia – 3,5mL às 2ª, 4ª e 6ª feiras;
- **Lactulose 667mg/mL** (Lactulona®) – 5mL 02 vezes ao dia;
- **Fluticasona 50mcg** – 400mcg ao dia, 04 jatos no espaçador, 02 x ao dia;
- **Óxido de Zinco pomada** – 04 tubos ao mês;
- **Ventilador invasivo e não invasivo para uso domiciliar pediátrico** que forneça o modo ventilatório com dois níveis de pressão. O ventilador deve ter uma bateria interna, base e copo para umidificação, com circuito completo, com máscara nasal pediátrica e peça T;
- **Ambu com máscara infantil**;
- **Bala de oxigênio** pequena para emergências;
- **Nobreak**;



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

- Gaze – 25 unidades ao mês;
- Seringas de 60mL, 10mL, 5mL e 1 mL – 5 e 10 unidades ao mês;
- Luvas de procedimento – 10 caixas ao mês;
- Ampola de soro fisiológico 0,9% – 50 unidades ao mês;
- Ampola de água destilada – 30 unidades ao mês;
- Frascos de 250mL de água destilada – 30 unidades ao mês;
- Sonda de aspiração nº. 06 – 35 unidades ao mês; e
- Fralda Extra G – 8 unidades ao dia.

Foram informadas as seguintes Classificações Internacionais de Doenças (CID10): **Q02 – Microcefalia, F70 - Retardo mental leve, G40 – Epilepsia e Z93.1 – Gastrostomia.**

2. Segundo formulário médico da Defensoria Pública da União no Rio de Janeiro (fls. 43 a 47), preenchido em 07 de março de 2018, pela médica [REDACTED] vinculada ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira – Fiocruz – SUS, o Autor apresenta **microcefalia, atraso global do desenvolvimento, epilepsia de difícil controle, gastrostomia e traqueostomia. Apresenta acometimento neurológico grave, possivelmente associado à infecção congênita pelo vírus Zika, sem perspectiva de reversão do quadro.** Além disso, apresenta quadro de **bronquiolite obliterante** por adenovírus, com necessidade de **ventilação mecânica contínua** pela traqueostomia. Foi informado ainda que, caso o Autor não seja submetido ao tratamento indicado, há risco de convulsões, dano neurológico e piora da função pulmonar. Há risco de vida ou de agravamento do quadro clínico atual, pois o Autor apresenta quadro crônico e é dependente de tecnologia para sobreviver (**gastrostomia, traqueostomia, ventilação mecânica, múltiplos medicamentos antiepilépticos**) e para melhorar a função pulmonar. Assim, configura **urgência**, pois a permanência prolongada em ambiente hospitalar aumenta o risco de infecções e complicações do caso clínico. Desta forma foram prescritos, em uso contínuo: dieta por gastrostomia – Fortini® ou similar (500mL ao dia), **Fenobarbital** solução 40mg/mL (1mL/dia), **Clobazam 10mg** (03 comprimidos/dia), **Topiramato 25mg** (3 comprimidos/dia), Hidroxicloroquina 250mg (01 comprimido/dia), **Azitromicina 200mg/5mL** (3,5mL/dia, 03 vezes/semana), **Fluticasona 50mcg** jato (08 jatos/dia), Salbutamol 5mg/mL (2,0mL/dia), **fisioterapia motora e respiratória e sonda de aspiração traqueal nº.8** (8 unidades ao dia). Foram informadas as seguintes Classificações Internacionais de Doenças (CID10): **Q02 – Microcefalia, F70 - Retardo mental leve, G40 – Epilepsia, Z93.1 – Gastrostomia e Z93.0 - Traqueostomia.**

## II – ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO

1. A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, contém as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) visando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.
2. A Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.
3. A Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, alterada pela Portaria GM N. 3.362, de 8 de Dezembro de 2017, a qual inclui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim resolve:

Art. 535º A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Art. 536°. A Atenção Domiciliar (AD) será organizada em três modalidades:

- I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);
- II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2); e
- III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

Art. 544 Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

- I - necessidade de monitorização contínua;
- II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou
- V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

4. A Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica estão dispostas, respectivamente, na Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (alterada pela Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017) e na Resolução nº 338/CNS/MS, de 6 de maio de 2004.

5. A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, alterada pelas Portarias nº 3.992, de 28/12/2017 e nº 446, de 26 de fevereiro de 2018, dispõe, também, sobre as normas para o financiamento da assistência farmacêutica, promovendo a sua organização em três componentes: Básico, Estratégico e Especializado.

6. A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, alterada pela Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017, considera, inclusive, as normas de financiamento e de execução dos Componentes Básico e Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.

7. A Deliberação CIB-RJ nº 1.589, de 09 de fevereiro de 2012 relaciona os medicamentos disponíveis no âmbito do Estado do Rio de Janeiro e/ou Municípios definindo a Relação Estadual dos Medicamentos Essenciais (REME-RJ).

8. A Deliberação CIB-RJ nº 2.661, de 26 de dezembro de 2013 dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) no âmbito do SUS no Estado do Rio de Janeiro e, em seu artigo 3º, estabelece o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos Essenciais do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO EM AÇÕES DE SAÚDE

9. A Resolução SMS nº 2177 de 19 de agosto de 2013, definiu o seu elenco de medicamentos da rede municipal de saúde, incluindo aqueles destinados aos programas de saúde oficiais (HIV/AIDS, Tuberculose, Saúde Mental, etc), vacinas, saneantes e correlatos, a saber, Relação Municipal de Medicamentos Essenciais no âmbito do Município do Rio de Janeiro (REMUME-RIO), em consonância com as legislações supramencionadas.

10. Os medicamentos Fenobarbital, Ácido Valpróico, Clobazam e Topiramato estão sujeitos a controle especial, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998, atualizada pela RDC ANVISA nº 192, de 11 de dezembro de 2017. Portanto, a dispensação destes está condicionada a apresentação de receituários adequados.

### DA PATOLOGIA

1. A apresentação clínica da **Síndrome Congênita por Zika (SCZ)** é bastante variada, englobando principalmente alterações cerebrais e oftalmológicas. O vírus parece afetar as células progenitoras neurais, causando morte celular e alterando a proliferação, migração e diferenciação celular, o que retarda ou interrompe o crescimento cerebral e afeta sua viabilidade como distúrbios da migração neuronal e alterações no nervo óptico. Podem ser encontrados convulsões, alteração do tônus, hiperreflexia, espasticidade, irritabilidade, microcefalia, desproporção craniofacial, excesso de dobras de pele no escalpo, alterações visuais e auditivas, além de outras alterações como pé torto congênito e artrogripose<sup>1</sup>.

2. A **microcefalia** pode ser definida como sendo a situação em que o cérebro permanece anormalmente pequeno, as fontanelas se fecham prematuramente, não permitindo que o cérebro alcance proporções normais de seu tamanho. Um defeito no desenvolvimento do cérebro como um todo, com um perímetro cefálico com menos de três desvios padrões abaixo da média para a idade e sexo. As anormalidades evolutivas e os processos destrutivos que afetam o cérebro durante a vida fetal e os períodos infantis iniciais podem induzir a esse defeito no lactente<sup>2</sup>. Microcefalia não é uma doença em si, mas um sinal de destruição ou déficit do crescimento cerebral, podendo ser classificada como primária (de origem genética, cromossômica ou ambiental, incluindo infecções) ou secundária, quando resultante de evento danoso que atingiu o cérebro em crescimento, no fim da gestação ou no período peri e pós-natal. As sequelas da microcefalia vão depender de sua etiologia e da idade em que ocorreu o evento, sendo que, quanto mais precoce a afecção, mais graves serão as anomalias do sistema nervoso central (SNC). No caso da síndrome da Zika congênita, parecem ocorrer alterações cerebrais também nos segundo e terceiro trimestres da gestação. A microcefalia congênita pode cursar diversas alterações, sendo as mais frequentes a deficiência intelectual, paralisia cerebral, epilepsia, dificuldade de deglutição, anomalias dos sistemas visual e auditivo, além de distúrbio do comportamento (TDAH e autismo)<sup>3</sup>.

3. O **atraso global de desenvolvimento (AGD)** é definido como um atraso significativo (dois ou mais desvios-padrão abaixo da média) em duas ou mais áreas do desenvolvimento (motricidade fina e/ou grossa, nível cognitivo, linguagem ou competências sociais e pessoais), sendo restrito à população com idade igual ou inferior a 5 anos.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> BATISTA, G.S. et al. Infecção congênita pelo Zika Vírus: Avaliação e acompanhamento de lactentes. Residência Pediátrica, v. 7, n. 1, p. 43-44, 2017. Disponível em: <residenciapediatrica.com.br/exportar-pdf/266/v7n1a11.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>2</sup> PEREIRA, M. X. Uma criança com desenvolvimento atípico: momentos e contextos de aprendizagem. Monografia (Pedagogia). Universidade de Brasília, Brasília 2011. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2276/1/2011\_MarianaXavierPereira.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>3</sup> EICKMANN, S.E. et al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00047716.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>4</sup> SILVA, N.J.C.C. Atraso global do desenvolvimento: ambiente familiar, aptidões sociais e comportamento da criança. Mestrado (Mestrado Integrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa. Lisboa, p. 64. 2015. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23079/1/ulfpie047643\_tm.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

4. O **retardo mental** é definido como a parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social. Pode acompanhar outro transtorno mental ou físico, ou ocorrer de modo independente. No **Retardo mental leve** há amplitude aproximada do QI entre 50 e 69 (em adultos, idade mental de 9 a menos de 12 anos). Provavelmente devem ocorrer dificuldades de aprendizado na escola. Muitos adultos serão capazes de trabalhar e de manter relacionamento social satisfatório e de contribuir para a sociedade.<sup>5</sup>
5. A **epilepsia** é uma doença cerebral crônica causada por diversas etiologias e caracterizada pela recorrência de crises epiléticas não provocadas. Esta condição tem consequências neurológicas, cognitivas, psicológicas e sociais e prejudica diretamente a qualidade de vida do indivíduo afetado. As epilepsias podem ser classificadas segundo dois grandes eixos: topográfico e etiológico; no eixo topográfico, as epilepsias são separadas em generalizadas e focais; no eixo etiológico, são divididas em idiopáticas (sem lesão estrutural subjacente), sintomáticas (com lesão) ou criptogênicas (presumivelmente sintomáticas, mas sem uma lesão aos exames de imagem disponíveis no momento). As **encefalopatias epiléticas** estão comumente associadas a alguma doença de base (são, portanto, sintomáticas na sua maioria) e geralmente apresentam mau prognóstico tanto do ponto de vista do controle medicamentoso de crises como no tocante ao desenvolvimento neuropsicomotor.<sup>6</sup>
6. **Gastrostomia** é um procedimento cirúrgico indicado como via de drenagem do conteúdo gástrico ou como via de infusão de alimentação e medicamentos, que consiste na fixação de uma sonda específica que cria uma comunicação entre o estômago e o meio externo de forma percutânea.<sup>7</sup>
7. A **traqueostomia** consiste na abertura da parede anterior da traqueia comunicando-a com o meio externo. Está indicada em situações em que existe obstrução da via aérea alta, acúmulo de secreção traqueal, debilidade da musculatura respiratória e intubação traqueal prolongada.<sup>8</sup>
8. A **bronquiolite** é uma inflamação da mucosa do trato respiratório inferior, geralmente de etiologia viral, caracterizada por aumento de secreção de muco, edema e necrose do epitélio da mucosa, associada ou não a broncoespasmo, com sintomatologia de obstrução das vias aéreas inferiores. O vírus mais frequentemente envolvido é o vírus sincicial respiratório (VSR), embora muitos outros possam levar a essa condição, como o influenza vírus, metapneumovírus, bocavírus, rinovírus, **adenovírus**, etc. É a causa mais comum de infecção do trato respiratório inferior em crianças até os dois anos de idade, sendo o principal motivo de internação por causas respiratórias em lactentes.<sup>9</sup>

<sup>5</sup> Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID10). Disponível em: <[http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f70\\_f79.htm](http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f70_f79.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>6</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.319, de 25 de Novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Epilepsia. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-epilepsia-livro-2013.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>7</sup> VERA LÚCIA DE CASTRO PERISSÉ. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. Disponível em: <[http://www.bdttd.ndc.uff.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2429](http://www.bdttd.ndc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2429)>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>8</sup> RICZ, H. M. A; et al. Traqueostomia. Simpósio: Fundamentos em clínica cirúrgica. Medicina, Ribeirão Preto, v. 44, n. 1, p. 63-69. 2011. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp7\\_Traqueostomia.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp7_Traqueostomia.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>9</sup> ALBERT EINSTEN. HOSPITAL ISRAELITA. Diretrizes Assistenciais. Bronquiolite: Diretrizes para o diagnóstico, tratamento e prevenção. Versão eletrônica atualizada em novembro – 2008. Disponível em: <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1341342951Bronquiolite.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

DO PLEITO

1. O termo "**home care**" é utilizado para se referir ao conjunto de procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados em domicílio. Abrange ações de saúde desenvolvidas por equipe interprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando a promoção, a manutenção e a reabilitação da saúde. Outros termos também podem ser utilizados, como: visita domiciliar programada, internação domiciliar, assistência domiciliar ou atenção domiciliar. O que diferencia os referidos termos é a complexidade do cuidado prestado, a utilização de equipamentos de tecnologia avançada, podendo ou não estar atrelada a uma maior periodicidade no acompanhamento do paciente<sup>10</sup>.

III – CONCLUSÃO

1. Esclarece-se que de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA, o serviço de *home care*, seja ele público ou privado, **deve fornecer todos** os equipamentos, insumos, medicamentos, alimentação especial e recursos humanos necessários ao atendimento da necessidade do paciente.
2. Dessa forma, entende-se que o serviço de **home care está indicado** ao quadro clínico que acomete o Autor, **bem como contempla todos os itens pleiteados**.
3. Quanto ao fornecimento, informa-se que nas listas oficiais de serviços oferecidos pelo SUS, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, **não consta o serviço de home care**.
4. No entanto, no SUS existe o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), instituído pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, na qual em seus artigos 547 e 548, relacionam os profissionais que compõem suas equipes tais quais: **enfermeiro, fisioterapeuta, auxiliar/técnico de enfermagem, fonoaudiólogo**, conforme pleiteado.
5. De acordo com a Portaria GM nº 3.362, de 8 de Dezembro de 2017, que regulamenta o SAD, constam como critérios de exclusão a necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento. **Nesse sentido, destaca-se que à fl. 35 consta informação de que a avaliação de elegibilidade do Autor junto ao SAD ainda não foi realizada.**
6. Assim, considerando que o Autor encontra-se traqueostomizado e foi solicitado "ventilador invasivo e não-invasivo, modo contínuo - Bipap" (fls. 33 e 38), somente após esta avaliação será possível inferir quanto a compatibilidade do atendimento através do Serviço de Atenção Domiciliar.
7. Diante do exposto, **sugere-se que o Autor seja avaliado pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**. Neste sentido, é de responsabilidade da unidade hospitalar pertencente ao SUS na qual o Autor **encontra-se internado**, a saber, a Instituto Fernandes Figueira (fls. 33, 34, 38, 39 e 43 a 47) solicitar esta demanda, a fim de que seja realizado seu **encaminhamento e avaliação pelo SAD**.
8. Adicionalmente, quanto à disponibilização no âmbito do SUS dos equipamentos, insumos, suplemento nutricional e medicamentos, cumpre mencionar que:
  - **Fluticasona 50mcg, Cloroquina 250mg, Suplemento nutricional (Fortini® pó) ou similares, ventilador mecânico invasivo e não invasivo domiciliar pediátrico, bala de oxigênio pequena, Nobreak, ambu com**

<sup>10</sup>KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliar e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Caderno Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 485-493, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/02.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2018.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

máscara infantil, gaze, seringas de 60mL, 10mL, 5mL e 1 mL, luvas de procedimento, sonda de aspiração nº. 06 e fralda não estão padronizados em nenhuma lista oficial para dispensação através do SUS, no âmbito do Município e Estado do Rio de Janeiro.

• Os serviços como visita de profissionais de **fisioterapia, fonoaudiologia e cuidados de enfermagem são oferecidos pelos SUS** conforme Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que institui o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito do SUS e, em seus artigos 547 e 548, onde relacionam os profissionais que compõem suas equipes, tais quais: enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, fonoaudiólogo, configurando equipe multidisciplinar<sup>13</sup>;

• **Lactulose 667mg/mL e água destilada para injetáveis** (sistema fechado) 250mL (frasco) são padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro no âmbito Hospitalar, conforme previsto na REMUME-RIO 2013. Portanto, estes medicamentos são destinados ao uso restrito ao hospital, em pacientes internados. Portanto, a disponibilização deste medicamento para pacientes ambulatoriais, por via administrativa, é inviável.

• **Levotiroxina 25mcg, Fenobarbital 40mg/mL, Ácido Valpróico 250mg/5mL, Clobazam 10mg, Azitromicina 40mg/mL**, pomada com **Óxido de Zinco + Óleo de vitamina A + vitamina D [ao Autor foi prescrito Óxido de Zinco (pomada)], Cloreto de sódio 0,9% 10 mL (ampola) e água destilada 10mL (ampola) padronizados** pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no âmbito da Atenção Básica, conforme REMUME – Rio. Para ter acesso, a representante legal do Autor deverá comparecer à Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua residência, munida de receituário atualizado.

• **Topiramato 25mg padronizado** pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), através do **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da Epilepsia**<sup>6</sup>, e conforme o disposto no Título IV da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (alterada pela Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017), que estabelece as normas de financiamento e de execução do CEAF no âmbito do SUS.

9. Em consulta realizada ao Sistema Informatizado de Gerenciamento de Medicamentos Especializados (SIGME) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), verificou-se que o Autor não está cadastrado no CEAF.

10. Portanto, para ter acesso ao medicamento padronizado **Topiramato 25mg**, estando o Autor dentro dos critérios para a dispensação, e ainda cumprindo o disposto no Título IV da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (alterada pela Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017), a representante legal deverá efetuar cadastro junto à CEAF, comparecendo à Central de Atendimento a Demandas Judiciais – CADJ, situada à Rua México – térreo – de 2ª a 6ª, no horário de 9 as 14, munida da seguinte documentação: Original e Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento, Cópia do CPF, Cópia do Cartão Nacional de Saúde/SUS, Cópia do comprovante de residência, Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME), em 1 via, emitido a menos de 60 dias, Receita Médica em 2 vias, com a prescrição do medicamento feita pelo nome genérico do princípio ativo, emitida a menos de 60 dias (validade de 30 dias para medicamentos sob regime especial de controle – PT SVS/MS 344/98). Observar que o laudo médico será substituído pelo Laudo de Solicitação que deverá conter a descrição do quadro clínico do paciente, menção expressa do diagnóstico, tendo como referência os critérios de inclusão previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT do Ministério da Saúde, nível de





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

*gravidade, relato de tratamentos anteriores (medicamentos e período de tratamento), emitido a menos de 60 dias e exames laboratoriais e de imagem previstos nos critérios de inclusão do PCDT.*

11. Acrescenta-se que conforme mencionado em documento médico acostado às folhas 46 e 47, a médica assistente solicita urgência para o tratamento do Autor, uma vez que "a permanência prolongada em ambiente hospitalar aumenta o risco de infecções e complicações do caso clínico" e informa ainda que caso o Autor não seja submetido ao tratamento indicado, "há risco de convulsões, dano neurológico e piora da função pulmonar, configurando risco de vida ou de agravamento do quadro clínico atual". Dessa forma, salienta-se que a demora exacerbada da aquisição dos equipamentos, insumos, suplemento alimentar e medicamentos necessários ao home care, poderá influenciar negativamente no prognóstico em questão.

12. Conforme documento do acostado à folha 36, o Autor encontra-se inserido no SISREG para Atendimento no PADI (Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso), com solicitação feita pelo CMS Alberto Borgerth – AP 33, em 24 de novembro de 2017, sob o código de solicitação n. 221955938, com situação: **Pendente**.

13. Quanto ao questionamento sobre protocolos clínicos oficiais, destaca-se que até o momento não estão disponíveis Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde para **microcefalia e atraso global do desenvolvimento**<sup>11</sup>.

14. Elucida-se que a funcionalidade e eficiência dos insumos pleiteados correlacionam-se com os cuidados necessários ao Autor. Segundo documentos médicos (fls. 33, 38 e 44), o Autor encontra-se com traqueostomia e gastrostomia. A transição de crianças com demandas de cuidados clinicamente complexos do hospital para casa implica em cuidados domiciliares. Entre estes cuidados, destacam-se o manejo de dispositivos tecnológicos, como sondas nasogástricas, nasoenterais, **gastrostomias** e a alimentação; o manejo de **traqueostomias** e aspiração de vias aéreas, na oxigenação. Todos são cuidados fundamentais de enfermagem pediátrica para a manutenção da vida da criança, no cenário domiciliar<sup>12</sup>.

15. Nos cuidados com a traqueostomia, a aspiração de secreções deve ser realizada no mínimo duas vezes ao dia. Trocas frequentes das sondas de aspiração e a utilização de técnicas assépticas no manuseio da traqueostomia são importantes para reduzir a possibilidade de infecção. Algumas crianças necessitam ir para a casa com a cânula. Para isso, os pais precisarão adquirir todo o equipamento necessário (aspirador portátil, **luvas, sondas de aspiração estéreis, fonte de oxigênio, ambu e soro fisiológico**). O trabalho da **equipe de enfermagem** é fundamental para proporcionar as orientações e facilitar o contato dos familiares com o hospital e a equipe médica. É importante salientar que a criança não pode ser liberada antes que os pais tenham aprendido todos os cuidados e procedimentos de emergência com a criança traqueostomizada, tampouco antes de o equipamento estar instalado e funcionando no domicílio do paciente<sup>3</sup>.

16. Na alimentação ao paciente gastrostomizado, é necessário encher uma **seringa de 60mL** com a dieta, conectá-la à sonda e injetar lentamente. Na administração de medicamentos líquidos, deve-se aspirar com a **seringa** o volume prescrito e injetar pela sonda.

<sup>11</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/840-sctie-raiz/daf-raiz/cgceaf-raiz/cgceaf/13-cgceaf/11646-pcdt>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>12</sup> FRAGA, J. C. et al. Traqueostomia na criança. *Jornal de Pediatria (Rio J.)*, v. 85, n. 2, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572009000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572009000200003)>. Acesso em: 23 mar. 2018.





GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA JURIDICA  
NÚCLEO DE ACESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE

Comprimidos e drágeas, amassar e dissolver na água, aspirar com a seringa e injetar pela sonda. Após a administração, injetar água para lavagem<sup>13</sup>.

17. A disfunção do trato urinário inferior afeta cerca de 2 a 25% da população pediátrica e se associa à presença de transtornos emocionais e de comportamento<sup>14</sup>. A incontinência urinária é uma situação patológica que resulta da incapacidade em armazenar e controlar a saída da urina. É caracterizada por perdas urinárias involuntárias. Podem ser desde fugas muito ligeiras e ocasionais, a perdas mais graves e regulares. São muitos os materiais de apoio ao incontinente, desde **fraldas** com diferentes capacidades de absorção e várias dimensões<sup>15</sup>.

É o parecer.

À 15ª Vara Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

VIRGINIA S. PEDREIRA  
Enfermeira  
COREN-RJ 321.417

CHEILA TOBIAS DA NORA  
Farmacêutica  
CRF-RJ 14680

JULIANA DA ROCHA  
MOREIRA  
Nutricionista  
CRN- 09100593

RACHEL DE SOUSA AUGUSTO  
Farmacêutica  
CRF-RJ 8626  
Mat.: 5516-0

FERNANDO ANTÔNIO DE A.  
GASPAR  
Médico  
CRM-RJ 52.52996-3  
ID. 3047165-6

MARCELA MACHADO DURA O  
Assistente de Coordenação  
CRF-RJ 11517  
ID. 4.216.255-6

FLÁVIO AFONSO BADARÓ  
Assessor-chefe  
CRF-RJ 10.277  
ID. 436.475-02

<sup>13</sup> PERISSÉ, V. L. C. Universidade Federal Fluminense – UFF. O enfermeiro no Cuidar e Ensinar à Família do Paciente com Gastrostomia no Cenário Domiciliar. Disponível em: <[http://www.btdt.ndc.uff.br/tde\\_arquivos/32/TDE-2008-05-28T113729Z-1451/Publico/Vera%20Perisse-dissert.pdf](http://www.btdt.ndc.uff.br/tde_arquivos/32/TDE-2008-05-28T113729Z-1451/Publico/Vera%20Perisse-dissert.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>14</sup> MARCIANO, R. C. et al. Transtornos mentais em crianças e adolescentes com disfunção do trato urinário inferior. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 38, n. 4, p. 441-449, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n4/pt\\_0101-2800-jbn-38-04-0441.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jbn/v38n4/pt_0101-2800-jbn-38-04-0441.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2018.

<sup>15</sup> Associação Portuguesa de Urologia. Incontinência Urinária. Disponível em: <[http://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia\\_2013/Dossier\\_Imprensa\\_Incontinencia\\_Urinaria.pdf](http://www.apurologia.pt/incontinencia/incontinencia_2013/Dossier_Imprensa_Incontinencia_Urinaria.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2018.