



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS-FEDERAL Nº 0745/2023

Rio de Janeiro, 06 de junho de 2023.

Processo n° 5008576-56.2023.4.02.5121,
ajuizado por
representado por .

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas do **13º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro**, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao equipamento **bomba de infusão enteral**, ao insumo **equipo de dieta enteral** e à quanto à **dieta enteral hipercalórica e hiperproteica**.

I – RELATÓRIO

1. Para a elaboração do presente parecer técnico foi considerado o documento médico acostado (Evento 1, ANEXO2, Página 11), emitido em 08 de maio de 2023, pelo médico e os documentos nutricionais (Evento 1, ANEXO2, Página 12; Evento 1 ANEXO2, Págs. 9-10), emitidos em 08 e 16 de maio de 2023 respectivamente, pelos nutricionistas. Todos os documentos apensados foram redigidos em impresso do Hospital Federal de Ipanema.

2. Em suma, trata-se de Autor de 76 anos de idade (carteira de identidade – Evento 1, ANEXO2, Página 1), com diagnóstico de **adenocarcinoma gástrico** localmente avançado sendo submetido à **gastrectomia com reconstrução em Y de Roux** e **esplenectomia** em 30/03/2020, também é portador de **hipertensão arterial** e **diabetes mellitus**. Acompanhado pela oncologia realizou tratamento de neoadjuvância e adjuvância, ainda em 2020, apresentou estenose de anastomose esôfago entérica, tendo realizado diversas sessões de dilatação via endoscópica, onde ainda mantinha alimentação por via oral. Em 26/04/23, o Autor foi internado com quadro de disfagia progressiva para sólidos e líquidos por recidiva da doença em anastomose esôfago ileal, impossibilitando a nutrição por via oral, ficando em nutrição via parenteral total até confecção de jejunostomia em 12/05/23. Na avaliação nutricional realizada, foram descritos seus dados antropométricos (peso atual: 52,75Kg, altura: 1,75m, IMC: 17,23Kg/m²), apresentando baixo peso, de acordo com Índice de Massa Corporal (IMC) para avaliação do estado nutricional em idosos. Na avaliação subjetiva, apresenta emagrecimento importante, com perda da musculatura temporal e bola de Bichart evidenciando quadro de **desnutrição**. Cabendo ressaltar que a única fonte de alimentação e nutrição possível seria via jejunostomia (JJT), sendo solicitado nutrição por **dieta enteral** industrializada líquida, de 1,2 a 1,5 Kcal/ml, fonte glicídica 100% maltodextrina, 14 a 17% de proteína (caseinato de sódio e/ou cálcio, e/ou proteína isolada de soja e/ou proteína do soro do leite) em relação ao valor calórico total, normolipídico e de osmolaridade inferior 400 mOsm/Kg de água, isenta de fibras. Foi prescrito 1000ml ao dia (fracionado em 5 vezes ao dia), sendo necessárias 30 unidades de dieta enteral por mês, durante o período de seis meses, totalizando 180 unidades para o tratamento completo. A infusão da dieta enteral deve ser lenta, de no máximo 50ml/h, preferencialmente via **bomba infusora** e **equipo**, evitando assim efeitos adversos como cólicas e diarreia. O plano alimentar de 1000ml/dia, não ultrapassando inicialmente 50ml/h perfazendo um total de 20h para alimentação diária. O Autor deverá ser reavaliado a cada 3 meses quanto ao seu estado



nutricional e quanto as especificidades da dieta em termos de volume, densidade energética, e aporte proteico, sendo orientado a procurar uma unidade básica de saúde. Foi informado o código de Classificação Internacional de Doenças (CID-10) **C16 - neoplasia maligna do estômago**.

II – ANÁLISE

DA LEGISLAÇÃO

1. De acordo com a Resolução RDC nº 503 de 27 de Maio de 2021, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, Nutrição Enteral se trata de alimento para fins especiais, com ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, industrializado ou não, utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou complementar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não, conforme suas necessidades nutricionais, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.
2. 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.
3. 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.
4. O Anexo IV da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS.
5. O Anexo IX da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
6. A Portaria nº 140/SAS/MS de 27 de fevereiro de 2014 redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
7. A Portaria nº 346/SAS/MS de 23 de junho de 2008 mantém os formulários/instrumentos do subsistema de Autorização de Procedimentos de Alto Custo do Sistema de Informações Ambulatoriais (APAC-SAI) na sistemática de autorização, informação e faturamento dos procedimentos de radioterapia e de quimioterapia.
8. O Capítulo VII, do Anexo IX, da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (...).
9. A Deliberação CIB-RJ nº 4609, de 05 de julho de 2017, pactua o Plano Oncológico do Estado do Rio de Janeiro, com vigência de 2017/2021, e contém os seguintes eixos prioritários: promoção da saúde e prevenção do câncer; detecção precoce/diagnóstico; tratamento; medicamentos; cuidados paliativos; e, regulação do acesso.



10. A Deliberação CIB-RJ nº 5892, de 19 de julho de 2019, pactua as referências da Rede de Alta Complexidade em Oncologia no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

11. A Deliberação CIB-RJ nº 4004, de 30 de março de 2017, pactua, *ad referendum*, o credenciamento e habilitação das unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), em adequação a Portaria GM/MS nº 140, de 27/02/2014, e a Portaria GM/MS nº 181, de 02/03/2016, que prorroga o prazo estabelecido na portaria anterior para 28/02/2016.

12. Considerando a Política Nacional de Regulação do SUS, disposta no Anexo XXVI da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

Art. 9º § 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

DO QUADRO CLÍNICO

1. **Câncer** é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados **carcinomas**. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas¹.

2. No Brasil, o **câncer gástrico** é o quarto tumor maligno mais frequente entre os homens e sexto entre as mulheres, segundo as estimativas do INCA para 2012. Em ambos os gêneros, a incidência aumenta a partir de 35-40 anos. A causa é multivariada e os componentes de risco conhecidos são de origem: 1) infecciosa, como a infecção gástrica pelo *Helicobacter pylori*; 2) idade avançada e gênero masculino; 3) hábitos de vida como dieta pobre em produtos de origem vegetal, dieta rica em sal, consumo de alimentos conservados de determinadas formas, como defumação ou conserva na salga; 4) exposição à drogas, como o tabagismo; 5) associação com doenças, como gastrite crônica atrófica, metaplasia intestinal da mucosa gástrica, anemia perniciosa, pólipos adenomatosos do estômago, gastrite hipertrófica gigante e 6) história pessoal ou familiar de algumas condições hereditárias, como o próprio câncer gástrico e a polipose adenomatosa familiar. O tipo histológico mais comum (mais de 90% dos casos) é o adenocarcinoma².

3. A **hipertensão arterial sistêmica (HAS)** é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se

¹ INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCA. O que é câncer? Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

² ZILBERSTEIN, B., et al. Consenso brasileiro sobre câncer gástrico: diretrizes para o câncer gástrico no Brasil. ABCD Arq Bras Cir Dig 2013;26(1):2-6. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abcd/a/XTdWK8dWcJzgJ3DkNn8y95R/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 jun. 2023.



frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de PA pela medida casual. A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg³.

4. O **diabetes mellitus (DM)** consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade. A classificação do DM tem sido baseada em sua etiologia. Os fatores causais dos principais tipos de DM – genéticos, biológicos e ambientais – ainda não são completamente conhecidos. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e aqui recomendada inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional⁴.

5. A **desnutrição** é decorrente de aporte alimentar insuficiente em energia e nutrientes ou ainda do inadequado aproveitamento biológico dos alimentos ingeridos, geralmente provocado por doenças. É também associada a fatores como pobreza, negligência e abuso de drogas, consistindo de aspectos biológicos, psicológicos e sociológicos⁵. Muitos indivíduos que desenvolvem desnutrição proteico-calórica são internados com história de perda de peso, resultante de anorexia e aumento do catabolismo associado a determinadas doenças e medidas terapêuticas comumente utilizadas em determinadas situações, como por exemplo, o uso prolongado de soro glicosado. A depleção dos estoques de tecido adiposo e da reserva proteica representa um problema nutricional significativo⁶.

6. A **gastrectomia** consiste na retirada de parte ou de todo o estômago, refazendo o trânsito gastrointestinal através de anastomose com o duodeno ou jejuno. Com a retirada parcial ou total do estômago há remoção de todo antro e consequente diminuição na produção de gastrina e redução do estímulo para secreção de pepsina, com prejuízo da digestão de proteínas, principalmente colágeno. É verificada anemia no paciente gastrectomizado decorrente da diminuição da produção de HCl (e menor solubilização do ferro) e do fator intrínseco (necessário para que a vitamina B12 seja absorvida)⁷. A **esplenectomia** é o procedimento cirúrgico que envolve a extirpação parcial ou inteira do baço⁸.

7. A **Derivação Gástrica em Y de Roux** é a técnica que, por meio de um grampeador, o estômago é dividido em duas partes, limitando a quantidade de alimento que pode ser ingerida. O segmento inicial, do tamanho de uma xícara de café, é ligado diretamente ao intestino, que também foi seccionado em sua porção inicial. O segmento restante, formado pelo estômago, duodeno e início do intestino delgado é unido lateralmente ao próprio intestino,

³ Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.95, n.1, supl.1, p. 4-10, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n1s1/v95n1s1.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

⁴ SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES; [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020, São Paulo: AC Farmacêutica. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

⁵ SCHWEIGERT, I. D.; SOUZA, D. O. G.; PERRY, M. L. S. Desnutrição, maturação do sistema nervoso central e doenças neuropsiquiátricas. Revista de Nutrição, v. 22, n. 2, p. 271-281, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n2/v22n2a09.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

⁶ VANNUCCI, H. et al. Avaliação do estado nutricional. Medicina (Ribeirão Preto. Online), v. 29, n. 1, 1996. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/707/0>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

⁷ PAPINI-BERTO, S.J.; BURINI, R.C. Causas da desnutrição pós-gastrectomia. Arq. Gastroenterol. v. 38, n. 04, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032001000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 jun. 2023.

⁸ Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Descritores em Ciências da Saúde – DeCS. Descrição de esplenectomia. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&mode=&tree_id=E04.726>. Acesso em: 06 jun. 2023.



formando o Y. Dessa forma, o alimento passa por um pequeno segmento de estômago e então vai diretamente para o intestino sem ter sofrido a fase inicial da digestão⁹.

8. **A jejunostomia** é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do jejuno proximal através da parede abdominal. As vias de acesso habitualmente empregadas para realização da jejunostomia são: laparotomia, laparoscopia e endoscopia. A jejunostomia temporária é indicada quando o acesso ao trato digestivo está prejudicado, para recuperação e manutenção do estado nutricional, até que seja restabelecido o trânsito alimentar, em casos de estenose cáustica envolvendo esôfago e estômago, e, eventualmente, em pacientes com coma prolongado e histórico de realização de gastrectomia (remoção de parte ou todo estômago). A jejunostomia definitiva é indicada como terapêutica paliativa em pacientes portadores de neoplasia maligna irressuscitável do estômago, em pacientes com a deglutição e o apetite afetados, como nas doenças neurológicas (demência, esclerose amiotrófica lateral, sequelas de acidente vascular cerebral) e quando o estômago não pode ser utilizado ou não está disponível (passado de gastrectomia)¹⁰.

DO PLEITO

1. As **fórmulas para nutrição enteral** designam o alimento para fins especiais, industrializado, apto para uso por tubo e, opcionalmente, por via oral, consumido somente sob orientação médica ou de nutricionista, especialmente processado ou elaborado para ser utilizado de forma exclusiva ou complementar na alimentação de pacientes com capacidade limitada de ingerir, digerir, absorver ou metabolizar alimentos convencionais ou de pacientes que possuem necessidades nutricionais específicas determinadas por sua condição clínica. As fórmulas poliméricas são aquelas cujos macronutrientes, em especial a proteína, apresentam-se na forma intacta. As fórmulas que apresentam **densidade energética alta** são aquelas cuja densidade energética superior a 1,2 kcal/ml, e as fórmulas hiperproteicas apresentam quantidade de proteínas igual ou superior a 20% do valor energético total¹¹.

2. A **bomba de infusão enteral** é um equipamento que controla o volume de dieta enteral a ser infundido no paciente. Esta forma consiste numa administração por gotejamento contínuo com bomba de infusão. A dieta pode ser administrada em períodos de 12 a 24 hs em função da necessidade do paciente.¹²

3. O **equipo de dieta enteral** tem como função o controle de fluxo e dosagem de soluções enterais. Conecta o recipiente de soluções (frasco ou bolsa) a sonda de alimentação enteral. Viabiliza o controle de fluxo de soluções, estéril e é fabricado na cor azul (específica para produtos de nutrição enteral). Composição básica: lanceta perfurante para conexão ao recipiente de solução, câmara flexível para visualização gotejamento, extensão em PVC (evita conexão acidental com acesso venoso), controlador de fluxo (gotejamento) tipo pinça rolete¹³.

⁹ Hospital Israelita Albert Einstein. Cirurgia. Derivação Gástrica em Y de Roux. Disponível em: <<https://www.einstein.br/especialidades/cirurgia/exames-tratamentos/derivacao-gastrica-y-roux>>. Acesso em: 06 jun. 2023.

¹⁰ Dos Santos, José Sebastião; Sankarankutty, AjithKumar; Jr, Wilson Salgado. Gastrostomia e Jejunostomia: Aspectos da Evolução Técnica e da ampliação das indicações. Medicina (Ribeirão Preto), v. 200, n. 4, p. 00-00. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2018.

¹¹ ANVISA. Resolução RDC Nº 21, de 13 de maio de 2015. Regulamento técnico de fórmulas para nutrição enteral. 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2015/rdc0021_13_05_2015.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2023.

¹² EMTN – Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. Hospital regional Vale do Ribeira. Orientação aos familiares – HRVR/CONSAÚDE. Bomba de Infusão Enteral. Disponível em: <<http://www.consaude.org.br/wp-content/uploads/2011/08/MANUAL-DE-ORIENTACAO-DA-NUTRICAO-ENTERAL.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2023.

¹³ Fibra Cirúrgica®. Equipo para nutrição enteral. Disponível em: <<http://www.fibracirurgica.com.br/equipo-para-nutricao-enteral-macro-1802p-embramed/p>>. Acesso em: 05 jun. 2023.



III – CONCLUSÃO

1. De acordo com a Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar, em pacientes em terapia nutricional domiciliar, como no caso do Autor, via jejunostomia, é recomendado dieta industrializada, mediante o quadro de distúrbio metabólico, desnutrição, lesão por pressão, ou más condições higiênico-sanitárias¹⁴.
2. Nesse contexto, tendo em vista o quadro clínico do Autor (jejunostomia como via de alimentação e desnutrição – Evento 1, ANEXO2, Página 9), **está indicado** o uso de fórmula enteral industrializada para a sua alimentação⁷.
3. As fórmulas enterais industrializadas podem ser classificadas em fórmula polimérica padrão, elementar/pré-digerida ou especializada¹⁵. Em relação às fórmulas hipercalóricas (mais concentradas), **como a opção prescrita**, cabe participar que essas fornecem de 1,3 a 1,5 Kcal/mL e são utilizadas nos casos em que é necessário restringir a ingestão de líquidos ou nos pacientes que têm dificuldade para tolerar uma alimentação com volume elevado, além dos casos de desnutrição importante (como no caso do Autor)⁷. Dessa forma, **está indicado** o uso de fórmula nutricional industrializada polimérica e hipercalórica como a opção prescrita para o Autor.
4. No tocante a **forma de administração da dieta**, informa-se que indivíduos que não toleram infusões de grandes volumes, cujo funcionamento gastrointestinal está comprometido em decorrência de cirurgia, doença, terapia antineoplásica ou outros impedimentos psicológicos, é adequada a **infusão contínua**. Ademais, nos casos em que a nutrição é realizada por via intestinal (**jejunostomia**), como no caso do Autor, é usual que a alimentação seja administrada de forma contínua, quando geralmente são utilizadas embalagens em sistema fechado (pack de 1 Lt), **através do uso da bomba de infusão**⁸.
5. A respeito da quantidade mensal prescrita (1.00ml de dieta enteral/dia – Evento 1, ANEXO2, Página 9), considerando-se a densidade energética da dieta enteral prescrita (1,2 a 1,5 kcal/mL) seriam fornecidas **1.200 a 1500kcal/dia**. Informa-se que em idosos gravemente enfermos, na idade em que o Autor se encontra (76 anos – Evento 1, ANEXO2, Página 1), a recomendação de ingestão energética é de **32 a 38 kcal por kg de peso**¹⁶, para idosos desnutridos, sendo indicado para o Autor uma faixa entre **1.688 a 2.004 kcal/dia** (considerando peso atual de 52,75kg – Evento 1, ANEXO2, Página 9).
6. Destaca-se que indivíduos em terapia nutricional enteral necessitam de **reavaliações periódicas**, visando verificar a evolução do quadro clínico e a necessidade da permanência ou alteração da terapia nutricional inicialmente proposta.
7. Informa-se que **bomba de infusão enteral e equipo de dieta enteral estão indicados** ao manejo do quadro clínico apresentado pelo Autor – alimentação por via enteral devido à câncer gástrico (Evento 1 ANEXO2, Págs.9 a 11). Contudo, **não se encontram disponibilizados** no SUS, pela via administrativa, no âmbito do município e do estado do Rio de Janeiro, **bem como não foram identificados outros insumos que possam configurar alternativa**.

¹⁴ Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional Domiciliar. BRASPEN J 2018; 33 (Supl 1):37-46. Disponível em: < https://f9fcfefb-80e1-466a-835e5c8f59fe2014.filesusr.com/ugd/a8daef_695255f33d114cdfba48b437486232e7.pdf >. Acesso em: 28 mar.2023.

¹⁵ Brasil. Caderno de Atenção Domiciliar Volume 3. Cuidados em terapia nutricional. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_terapia_domiciliar_v3.pdf >. Acesso em: 21 dez.2021.

¹⁶ NAJAS, Myrian et al. I Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em Idosos Hospitalizados. 1ª ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2011. Disponível em:<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Consenso_Brasileiro_de_Nutricao1.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2023.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

8. Salienta-se que fórmulas para nutrição enteral, bomba de infusão enteral e equipo de dieta enteral **possuem registros ativos** na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sob diversas marcas comerciais.
9. Acrescenta-se que não foram identificados Programas nas três esferas governamentais que venham atender as necessidades terapêuticas de fornecimento de bomba de infusão enteral e equipo de dieta enteral.
10. Ressalta-se que **dietas enterais industrializadas não integram** nenhuma lista para dispensação pelo SUS, no âmbito do Município e do Estado do Rio de Janeiro.

É o parecer.

Ao 13º Juizado Especial Federal do Rio de Janeiro, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

VIRGINIA GOMES DA SILVA

Enfermeira
COREN/RJ 321.417
ID. 4.455.176-2

FABIANA GOMES DOS SANTOS

Nutricionista
CRN4 12100189
ID. 5036467-7

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

Assessor-chefe
CRF-RJ 10.277
ID. 436.475-02