



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

PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NAT-FEDERAL Nº 1127/2017

Rio de Janeiro, 04 de dezembro de 2017.

Processo nº 0214278-04.2017.4.02.5151
ajuizado por

neste ato representada por

O presente parecer técnico visa atender à solicitação de informações do **3º Juizado Especial Federal**, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, quanto ao **Serviço de Home Care** [Polivitamínico (Protovit®), Sulfato Ferroso e Salbutamol Spray 100 mcg, cilindro de oxigênio, aspirador portátil, monitor de saturação e frequência cardíaca, sondas para aspiração traqueal n. 8, cânula de traqueostomia nº 4, fórmula alimentar infantil de seguimento para lactentes e ampolas de água destilada].

I – RELATÓRIO

1. Para elaboração deste Parecer Técnico foram considerados os documentos médicos mais recentes acostados ao Processo (fls. 18 e 20 a 23), por este Núcleo entender que são suficientes para a apreciação do quadro clínico da Autora.

2. De acordo com documento médico (fl. 18) e Formulário Médico da Defensoria Pública da União no Rio de Janeiro (fls. 20 a 23), emitidos em 12 de julho de 2017, pelas médicas

vinculadas à Maternidade Escola da UFRJ – Setor de Neonatologia, a Autora, **prematura extrema**, com peso de nascimento de 1160g, apresentou **doença de membrana hialina e broncodisplasia**, necessitando ventilação mecânica prolongada. Foi realizada **traqueostomia e gastrostomia** em 27 de abril de 2017. O ecocardiograma revelou **hipertensão arterial pulmonar** e a ultrassonografia transfontanelar (USTF) apresentou ectasia ventricular. À época da emissão do documento, a Autora se encontrava com 6 meses e 13 dias, com 6460g de peso corporal, respirando em ar ambiente e em uso de Salbutamol inalatório. Na ocasião, dependia de conseguir suporte domiciliar (**home care**) para receber alta. Foi ainda relatado que a eficácia dos medicamentos fornecidos pelo SUS foi boa. Contudo, devido ao quadro de pneumopatia crônica e a necessidade prolongada de cuidados especiais, a Autora requer a continuidade do seu tratamento no âmbito domiciliar, por risco de agravamento do seu quadro clínico atual causado pela internação prolongada, sendo solicitados os seguintes medicamentos, equipamentos e insumos para uso contínuo:

- Polivitamínico (Protovit®) – 12 gotas, 1 vez ao dia;
- Sulfato ferroso 125mg/mL – 0,6 mL, 1 vez ao dia;
- Salbutamol 100mcg spray – 2 jatos de 6/6h;
- Azitromicina suspensão oral – 0,6 mL 12/12h;
- 1 cilindro de oxigênio;
- Aspirador portátil;
- Monitor de saturação e frequência cardíaca;
- Sonda para aspiração traqueal nº 8 (8 por dia);
- A cânula de traqueostomia é nº 4;



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

-
- 08 latas de 400g de leite de seguimento de lactentes (Nan[®] 2) por mês 30 dias – "*dieta de 120 ml de 3/3h, no momento*". Informado que a dieta é administrada através da gastrostomia (sonda de Folley nº 8);
 - Ampolas de água destilada para lavar a sonda após dieta (8 ampolas de 10 mL por dia).
3. Foram citadas as seguintes Classificações Internacionais de Doenças (CID10) **P07.1 - Outros recém-nascidos de peso baixo, P22.0 - Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, P27.1 - Displasia broncopulmonar originada no período perinatal, Z93.0 - Traqueostomia e Z93.1 - Gastrostomia.**

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, 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 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. 536º. 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:



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

-
- 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.

DA PATOLOGIA

1. Classifica-se, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, como **prematura** a criança nascida de uma **gestação com tempo inferior a 37 semanas**, contadas a partir da última menstruação. O bebê nascido entre 32 e 35 semanas de gestação é considerado como uma criança de risco, e o bebê nascido antes de 32 semanas é considerado de alto risco. As causas da interrupção precoce da gravidez e de um parto prematuro podem ser diversas, podendo estar implicados fatores relativos à saúde da mãe e/ou do bebê¹. De acordo com a idade gestacional, a prematuridade pode ser classificada como limítrofe (37 a 38 semanas), moderada (31 a 36 semanas) e extrema (24 a 30 semanas)². Para avaliação do crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo, até os 3 anos de idade deve-se utilizar a idade corrigida para a prematuridade (ICP), e, posteriormente, utilizar a idade cronológica. Para seu cálculo, considera-se a idade gestacional do recém-nascido³.
2. A **doença da membrana hialina (DMH)**, também conhecida como **síndrome da angústia respiratória do recém-nascido**, é a doença respiratória mais frequente no período neonatal, sendo a maior causa de morbidade e mortalidade nessa faixa etária. A DMH acomete cerca de 1% de todos nascidos vivos, em especial, os prematuros com idade gestacional inferior a 28 semanas. A principal causa da DMH é a deficiência de surfactante alveolar, sintetizado a partir da 20ª semana de gestação, que atinge seu ápice somente por volta da 35ª semana. A deficiência de surfactante pulmonar causa um aumento da tensão superficial alveolar e da força de retração elástica, ocasionando instabilidade alveolar com atelectasias progressivas, as quais causam perda da complacência pulmonar⁴.
3. A **displasia broncopulmonar (DBP)** é uma doença pulmonar crônica com características clínicas, radiológicas e histológicas próprias. Acomete, em geral, os recém-nascidos prematuros submetidos a oxigenoterapia e ventilação mecânica nos primeiros dias de vida. A incidência da DBP é inversamente proporcional à idade gestacional e ao peso de

¹ WIESE, E. B. P. O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 22, n.1, p.76-85, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/11.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

² ACCIOLY, E, SAUNDERS, C., LACERDA, E.M.A. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2 ed.- Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2009.

³ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/Seguimento_prematuro_oficial.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2017.

⁴ RUSCHEL, L.; NADER, P. J. H. A doença da membrana hialina em prematuros de baixo peso. Revista da AMRIGS, n. 58, v. 3, p. 193-197 2014. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/58-03/004.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017.



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

nascimento. Sua ocorrência é pouco comum em neonatos com idade gestacional superior a 34 semanas, apesar de existirem casos descritos em recém-nascidos a termo⁵.

4. A **hipertensão arterial pulmonar (HAP)** é uma síndrome clínica e hemodinâmica, que resulta no aumento da resistência vascular na pequena circulação, elevando os níveis pressóricos na circulação pulmonar. A hipertensão arterial pulmonar (**HAP**) é definida como pressão arterial pulmonar média maior ou igual a 25mmHg em repouso ou maior que 30mmHg ao fazer exercícios, com pressão de oclusão da artéria pulmonar ou pressão de átrio direito menor ou igual a 15mmHg, medidas por cateterismo cardíaco⁶.

5. **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 percutânea⁷.

6. 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 prolongada⁸.

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 à promoção, à manutenção e à 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 paciente⁹.

III – CONCLUSÃO

1. Trata-se Autora com 11 meses de vida, internada na Maternidade Escola da UFRJ, com diagnóstico de recém-nascidos de peso baixo, Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, Displasia broncopulmonar originada no período perinatal, submetida a Traqueostomia e Gastrostomia.

⁵ MONTE LF, SILVA FILHO LV, MIYOSHI MH, ROZOV T. Displasia broncopulmonar. *Jornal de Pediatria*, v.81, p.99-110, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n2/v81n02a04.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 35, de 16 de janeiro de 2014. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. Hipertensão Arterial Pulmonar. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/15/HAP.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2017.

⁷ PERISSÉ, VLC. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar.

Disponível em: <http://www.btd.ndc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2429>. Acesso em: 30 nov. 2017.

⁸ 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.fmp.usp.br/2011/vol44n1/Simp7_Traqueostomia.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2017.

⁹ 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: 30 nov. 2017.



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

2. De acordo com os documentos médicos, considerando o quando clínico da Autora, sua alta hospitalar está condicionada até o presente momento ao suporte domiciliar com *home care* (fls. 18, 22 e 23).
3. Considerando que o serviço de *home care*, seja ele público ou privado, deve fornecer todos os equipamentos, insumos, medicamentos e recursos humanos necessários ao atendimento da necessidade do paciente, conforme orienta a Resolução da Diretoria Colegiada nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA, embora os itens necessários para o tratamento da Autora tenham sido pleiteados individualmente, **recomenda-se que, o serviço de *home care* receba o entendimento como item a ser fornecido à Autora.**
4. Este serviço de *home care*, deverá fornecer os medicamentos: Polivitamínico (Protovit[®]), Sulfato Ferroso, Salbutamol 100mcg Spray e ampola de água destilada 10mL; os equipamentos: cilindro de oxigênio, aspirador portátil, monitor de saturação e frequência cardíaca; os insumos: sondas para aspiração traqueal n. 8, cânula de traqueostomia nº 4 e a fórmula alimentar infantil de seguimento para lactentes.
5. Ressalta-se ainda que, devido ao curso do quadro clínico da Autora, possivelmente, algum dos itens pleiteados poderá ser substituído, bem como pode haver inclusão de novos medicamentos, como é possível observar no documento médico acostado à fl. 18, onde ocorreu a inclusão do medicamento Azitromicina suspensão oral – não pleiteado inicialmente.
6. No que tange a avaliação da indicação do serviço de *home care*, cumpre esclarecer que, a displasia broncopulmonar é considerada uma das principais causas de doença pulmonar crônica em lactentes. Está associada a hospitalizações frequentes e prolongadas, especialmente por doenças pulmonares, com altos índices de mortalidade e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e no crescimento pônderoestatural. A patogênese é complexa e influenciada principalmente por prematuridade, infecção, oxigênio suplementar e ventilação mecânica.¹⁰
7. O tratamento do paciente com displasia broncopulmonar demanda **acompanhamento por uma equipe multidisciplinar**, principalmente quando indicada a suplementação de oxigênio (como no caso da Autora). Apesar de maior risco de morbimortalidade nos primeiros anos de vida, a evolução em longo prazo é favorável na maioria das vezes¹⁰. A possibilidade de efetuar a oxigenoterapia no domicílio permite uma alta mais precoce do hospital.¹¹ Cabe ainda salientar que reduzir o tempo de internação hospitalar, além de evitar complicações do quadro causadas por infecções hospitalares, observa-se a melhora do crescimento físico e do desenvolvimento neurológico, além de diminuir o período de separação da criança em relação aos pais, trazendo benefícios em termos de qualidade de vida e impacto psicológico para o paciente e toda família.^{10,12}
8. Diante do exposto, informa-se que o serviço de ***home care***, bem como a avaliação e o acompanhamento multiprofissional do Serviço de Atenção Domiciliar do SUS, **estão indicados** para caso da Autora.
9. Embora o serviço de *home care*, na forma como foi prescrito **não seja disponibilizado** em nenhuma lista oficial de serviços oferecidos pelo SUS, no âmbito do

¹⁰ Monte, L.F.V. et al. Broncodisplasia Pulmonar. J Pediatría (Rio J). 2005;81:99-110. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n2/v81n02a04.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

¹¹ Rocha, G. Evolução do Pré-Termo com Displasia Broncopulmonar. Arq Med, Porto, v. 25, n. 2, p. 74-78, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132011000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2017.

¹² Diniz, E.M.A. Doença pulmonar crônica neonatal (displasia broncopulmonar). Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.



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

Município e do Estado do Rio de Janeiro, verificou-se que há 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: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, auxiliar/técnico de enfermagem, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico, configurando equipe multidisciplinar.

10. Considerando que a Autora **está internada** em uma unidade de saúde pertencente ao SUS, a saber, Maternidade Escola da UFRJ (fls. 18, 22 e 23). Desta forma, **sugere-se** que a mesma seja avaliada pelo SAD, sendo de responsabilidade da referida instituição na qual encontra-se a Autora, realizar a solicitação a fim de que tal avaliação seja realizada.

11. Visando ainda o atendimento das informações solicitadas no despacho (fls. 40 e 41), seguem as informações a cerca dos medicamentos que fazem parte da RENAME, seus substitutos terapêuticos, registro na ANVISA, competência de fornecimento pelas três esferas governamentais e quais medicamentos enquadram-se no rol de medicamentos não contemplados na referida Portaria nº 2.982/2009.

12. Com relação ao uso de **fórmula infantil de seguimento para lactentes**, destaca-se que os documentos médicos acostados ao Processo foram emitidos em 12 de julho de 2017 (fls. 18 e 20 a 23) e, à época, a Autora encontrava-se com 6 meses de idade cronológica. Considerando que estes documentos foram emitidos no início de um período de intensas modificações alimentares e nutricionais, que muitas vezes implicam em alterações quantitativas e/ou qualitativas nas fórmulas utilizadas, **torna-se importante atualização da prescrição dietoterápica.**

13. Em adição ao exposto no item acima, cabe enfatizar que a prescrição de qualquer alimento industrializado, **requer reavaliações periódicas**, visando verificar a evolução, involução ou estabilização do quadro clínico, as quais norteiam a continuidade, alteração ou interrupção da terapia inicialmente proposta. Ademais, a delimitação de tempo é necessária, pois a quantidade recomendada deve ser ajustada, periodicamente, em função do peso, estado nutricional e evolução na alimentação complementar. **Neste contexto, cabe ao nutricionista e/ou médico, profissionais disponibilizados no SAD, realizar os ajustes necessários.**

14. Quanto aos medicamentos pleiteados Polivitamínico (Protovit®), Sulfato Ferroso, Salbutamol Spray 100 mcg e água destilada (ampolas), informa-se que **possuem registro** na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Entretanto, apenas Sulfato ferroso 25mg/mL (solução oral), Salbutamol 100mcg (aerossol) e água para injetáveis (ampola 10mL) se encontram elencados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME¹³.

15. A prevalência das complicações da **doença da membrana hialina (DMH)** é inversamente proporcional à idade gestacional. As complicações mais comuns da DMH são hemorragia do sistema nervoso central (SNC), displasia broncopulmonar (DBP), persistência do canal arterial (PCA) e retinopatia da prematuridade. A doença pulmonar crônica é a

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, Brasília – DF 2017 Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2017.



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

complicação clínica mais severa e está relacionada à insuficiência placentária, ao tabagismo, a infecções, à oxigenoterapia e à ventilação mecânica¹⁴.

16. Elucida-se que até a presente data, não foi publicado pelo Ministério da Saúde o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas que verse sobre o quadro clínico da Autora – **doença da membrana hialina** e, portanto, não há lista oficial de medicamentos e/ou procedimentos, disponibilizados pelo SUS, que possam ser implementados nestas circunstâncias.

17. Cumpre ainda informar que a Portaria GM/MS nº 2982, de 26 de novembro de 2009 foi revogada pela Portaria GM/MS nº 4217, de 28 de dezembro de 2010, a qual, por sua vez, foi revogada pela Portaria GM/MS nº 1555, de 30 de julho de 2013, e recentemente revogada pelas Portarias de Consolidação nº 2 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, que dispõem, também, sobre as normas de execução e de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estando essas portarias atualmente em vigência.

18. Cabe esclarecer que os instrumentos em vigência, Portarias de Consolidação (PRC) nº 2 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, não definem quais medicamentos fazem parte da Atenção Básica dos municípios. A PRC nº 2, de 28/09/2017, determina, em seu art. 39, do Anexo XXVIII, que os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB.

19. Dessa forma, atendendo aos critérios definidos na mesma Portaria, cada Estado e seus municípios definem a composição de suas listas.

20. Sendo assim, quanto à disponibilização no âmbito do SUS dos medicamentos, equipamentos, insumos e fórmula alimentar, cumpre mencionar que:

20.1 Sulfato Ferroso (25mg/mL ferro elementar – equivalente a 125mg/mL sulfato ferroso), Salbutamol aerosol 100 mcg e ampolas de água destilada (volume: 10mL) **encontram-se padronizados** pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, no âmbito da Atenção Básica, conforme REMUME – Rio. Para obter informações acerca do acesso aos mesmos, a representante legal da Autora deve comparecer à Unidade Básica de Saúde mais próxima a sua residência, munida de receituários atualizados;

20.2 Polivitamínico solução oral (Protovit[®]), Fórmula infantil de seguimento para lactentes, Cilindro de oxigênio, aspirador portátil, monitor de saturação e frequência cardíaca, sondas para aspiração traqueal n. 8 e cânula de traqueostomia nº 4 **não estão padronizados** em nenhuma lista oficial para dispensação através do SUS, no âmbito do Município e do Estado do Rio de Janeiro.

21. Como **alternativa terapêutica** ao Polivitamínico solução oral (Protovit[®]) – *Vitamina A + Vitaminas do Complexo B + Vitamina C + Vitamina D + Vitamina E*, a SMS-RJ **disponibiliza** o seguinte Polivitamínico (solução oral): Vitamina A + Vitaminas do Complexo B + Vitamina H + Vitamina C + Vitamina D + Vitamina E.

¹⁴ RUSCHEL, L.; NADER, P. J. H. A doença da membrana hialina em prematuros de baixo peso. Revista da AMRIGS, n. 58, v. 3, p. 193-197/2014. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/58-03/004.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2017.



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA JURÍDICA
NÚCLEO DE ASSESSORIA TÉCNICA EM AÇÕES DE SAÚDE**

22. **Recomenda-se avaliação médica** quanto ao uso do Polivitamínico disponibilizado ao tratamento da Autora. Sendo autorizado, **para ter acesso**, a representante legal da Autora deverá proceder conforme descrito no item 20.1 desta Conclusão.

É o parecer.

Ao 3º Juizado Especial Federal, da Seção Judiciária do Rio de Janeiro, do Rio de Janeiro para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

**JULIANA DA ROCHA
MOREIRA**
Nutricionista
CRN- 09100593

VIRGINIA S. PEDREIRA
Enfermeira
COREN-RJ 321.417

**JULIANA PEREIRA DE
CASTRO**
Farmacêutica
CRF- RJ 22.383

**MARINA GABRIELA DE
OLIVEIRA**
Médica
CREMERJ 52.91008-2

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

PRISCILA AZEVEDO
Enfermeira/SJ
COREN/RJ: 261.162
ID. 5072070-8

**MARCELA MACHADO
DURAO**
Farmacêutica
CRF-RJ 11517

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

ESTADO DO RIO DE JANEIRO