



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 2322/2022

Rio de Janeiro, 22 de setembro de 2022.

Processo nº 0028986-10.2021.8.19.0038,
ajuizado por

representada por

O presente parecer visa atender à solicitação de informações técnicas da **6ª Vara Cível da Comarca de Nova Iguaçu** do Estado do Rio de Janeiro, quanto ao serviço de **home care** técnico de enfermagem (24 horas), médico (1 vez por mês/SOS), nutricionista (1 vez/mês), enfermeiro (2 vezes/mês), fonoaudiólogo (3 vezes/semana) e fisioterapia motora e respiratória (5 vezes/semana).

I – RELATÓRIO

1. De acordo com documento médico da Clínica da Família Dr. Zerbini de São Gonçalo (fl. 4 - INDEX 346), emitido em 17 de agosto de 2022, pela médica pediatra a Autora, de 14 anos de idade, com **paralisia cerebral, sequelas motoras e cognitivas, com traqueostomia (TQT)** realizada em 22/07/2022 e alimentação via **gastrostomia (GTT)**. Para melhora, tratamento e cuidado é solicitado o serviço de **home care**. Código da Classificação Internacional de Doenças citado (**CID-10**): **G80.0 Paralisia cerebral quadriplágica espástica**.

2. Em documento médico próprio (fls. 14-15 – INDEX 17-18), emitido em 14 de julho de 2021, pelo médico , a Autora, de 13 anos de idade na época, com diagnóstico de **microcefalia, resultante de zika vírus**, e como complicação tardia **paralisia cerebral, tetraplegia coreo-atetoide, deficiência mental desencadeando quadro epilético, diminuição da acuidade visual com deficiência no globo ocular, atraso global do desenvolvimento com grave comprometimento motor, se alimentando e hidratando por gastrostomia**. Atualmente, devido à **restrição no leito** e a falta de capacitância de mobilidade, resultou no aparecimento de **feridas por pressão e atrofia de membros**, seu quadro clínico impossibilita de qualquer cuidado, necessitando exclusivamente, e de forma intensificada, o cuidado por profissionais de saúde, composta pelo serviço de assistência de saúde domiciliar (**home care**), onde a mesma necessita dos medicamentos: depakene 50mg/ml (5ml de 12/12h), clobazam comprimido 10mg (1/2 comprimido 12/12h), midriacil solução oftálmica, baclofeno 10mg (01 comprimido de 8/8h), paracetamol (SOS) e álcool 70% (2 litros); dos insumos: água destilada (10ml (150 unidades/mês), luva estéril (150 unidades/mês), caixa de luva descartável (06 unidades/mês), dieta especial frebini energy fibre (30 unidades/mês), fralda descartável pediátrica XXG (8 pacotes/mês), ácidos graxos (óleo) 200ml (2 frascos/mês), soro fisiológico 10ml (150 unidades/mês), kit higiênico infantil (1 kit/mês), aparelho de PA infantil (1 unidade), glicosímetro (1 unidade), oxímetro (1 unidade), creme barreira (2 unidades/mês), gaze não estéril (30 pacotes/mês), micropore (2 unidades/mês), aparelho de nebulização (1 unidade), aspirador portátil (1 unidade), seringa 5ml (50 unidades), seringa 20ml (50 unidades), seringa 60ml (50 unidades), cama hospitalar com colchão pneumático (1 unidade), sonda de aspiração nº 8 (60 unidades), sonda de aspiração nº 12 (50 unidades), sonda de aspiração nº 14 (50 unidades), low-profile G-tube (1 unidade), pomada de assadura (3 unidades), gaze estéril (20



pacotes) e álcool 70% (2 litros); profissionais: médico (1 vez por mês/SOS), técnico de enfermagem (24h por dia), fisioterapia motora e respiratória (5 vezes por semana), fonoaudiólogo (3 vezes por semana), enfermeiro (duas visitas ao mês) e nutricionista (uma vez ao mês). Códigos da Classificação Internacional de Doenças citados (CID-10): **Q02 – Microcefalia, G80.8 Outras formas de paralisia cerebral, G82.5 Tetraplegia não especificada, F71.0 Retardo mental moderado – menção de ausência de ou de comprometimento mínimo do comportamento, G40 – Epilepsia, H54.2 - Visão subnormal de ambos os olhos, F84 – Transtornos Globais do Desenvolvimento, 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:

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.

DO QUADRO CLÍNICO

1. O **vírus Zika** é um flavivírus filogeneticamente relacionado com o vírus dengue, vírus da febre-amarela e vírus do Nilo Ocidental. É considerada uma arbovirose emergente transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*. Caracteriza-se clinicamente como uma síndrome febril aguda ‘tipo-dengue’ com aparecimento precoce de exantema evanescente muitas vezes pruriginoso; ocasionalmente a doença tem sido associada à síndrome de *Guillain-Barré*¹. A **síndrome congênita do Zika** é um conjunto de sinais e sintomas presentes desde o nascimento que abarcam, além da microcefalia e da síndrome de *Guillain-Barré*, dilatação dos ventrículos cerebrais (cavidades por onde circulam o líquido cerebral), calcificações intracranianas, problemas visuais e auditivos, atraso no desenvolvimento, crises epiléticas, alterações musculares, contração das articulações, deformações das mãos, punhos e joelhos e vários tipos de alterações cerebrais, entre outras manifestações². Foi observado potencial para complicações das infecções congênitas por esse tipo de vírus, com base em relatos anteriores de encefalopatia, febre hemorrágica, óbito fetal, dentre outros³.

2. A **paralisia cerebral (PC)**, também denominada **encefalopatia crônica não progressiva da infância**⁴, é definida como um grupo heterogêneo e não bem delimitado de síndromes neurológicas residuais, causadas por lesões não progressivas do encéfalo imaturo, manifestando-se basicamente por alterações motoras, com padrões anormais de postura e de movimento, podendo apresentar distúrbios associados mentais, sensoriais e de comunicação⁵. A PC pode ser classificada por dois critérios: pelo tipo de disfunção motora presente, ou seja, o quadro clínico resultante, que inclui os tipos extrapiramidal ou discinético (atetoide, coreico e distônico), atáxico, misto e **espástico**; e pela topografia dos prejuízos, ou seja, localização do corpo afetado, que inclui tetraplegia ou **quadriplegia**, monoplegia, paraplegia ou diplegia e hemiplegia⁶.

3. A paralisia cerebral (PC) representa qualquer distúrbio caracterizado por alteração do movimento secundária a anormalidades neuropatológicas não progressivas do cérebro em desenvolvimento. É um termo amplo, utilizado para uma variedade de sinais motores não progressivos, decorrentes de uma lesão que impede o desenvolvimento pleno do sistema nervoso central, o que

¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vírus Zika: revisão para clínicos. Revista Científica da Ordem dos Médicos. nov./dez. v.28 p.760-765. Disponível em: <<https://www.minsau.de.gov.br/index.php/documentosite/zika-1/311-virus-zika-revisao-para-clinicos/file>>. Acesso em: 22 set. 2022.

² FEAPAESP. Federação das APAES do Estado de São Paulo. Descrição de Zika Congênita. – Disponível em: <http://feapaesp.org.br/material_download/341_S%C3%ADndrome%20cong%C3%AAnita%20do%20Zika.pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

³ OLIVEIRA, C. S.; VASCONCELOS, P. F. C. Microcephaly and Zika virus. *J Pediatr*, v. 92, n. 2, p. 103-105, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v92n2/pt_0021-7557-jped-92-02-0103.pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.

⁴ CARGNIN, A. P. M.; MAZZITELLI, C. Proposta de tratamento fisioterapêutico para crianças portadoras de paralisia cerebral espástica, com ênfase nas alterações musculoesqueléticas. *Revista de Neurociências*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 34-9, 2003. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2003/RN%2011%2001/Pages%20from%20RN%2011%2001-5.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2022.

⁵ GOMES, C. et al. Paralisia Cerebral. In: LIANZA, S. *Medicina de Reabilitação*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

⁶ LEITE, J. M. R. S.; PRADO, G. F. Paralisia Cerebral: Aspectos Fisioterapêuticos e Clínicos. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 12, n. 1, 2004. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/editorial%2020%2004/edJacqueline.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2022.



inclui o descontrole esfinteriano⁷. A Incontinência Urinária (IU) é definida como qualquer perda involuntária de urina e pode se diferenciar nos seguintes tipos: a incontinência urinária de esforço, que ocorre quando há perda involuntária de urina durante o esforço, exercício, ao espirrar ou tossir; a incontinência urinária de urgência, que é caracterizada pela queixa de perda involuntária de urina acompanhada ou precedida por urgência; e, a incontinência urinária mista, que ocorre quando há queixa de perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços⁸. A incontinência fecal é causada por alteração na integridade neural e/ou anatômica do aparelho esfinteriano. É um sintoma às vezes incapacitante, podendo gerar consequências de ordem social, profissional e, sobretudo, psicológica⁹.

4. A **microcefalia** é uma condição em que uma criança apresenta a medida da cabeça substancialmente menor, quando comparada com a de outras crianças do mesmo sexo e idade. A microcefalia é um sinal clínico e não uma doença. Os recém-nascidos (RNs) com microcefalia correm o risco de atraso no desenvolvimento e incapacidade intelectual, podendo também desenvolver convulsões e incapacidades físicas, incluindo dificuldades auditivas e visuais. A microcefalia pode ser acompanhada de epilepsia, paralisia cerebral, retardo no desenvolvimento cognitivo, motor e fala, além de problemas de visão e audição. No entanto, algumas dessas crianças terão o desenvolvimento neurológico normal. A microcefalia pode ser uma condição isolada ou ocorrer em combinação com outros defeitos congênitos^{10,11}.

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)¹².

6. A **deficiência mental** pode ser caracterizada por um quociente de inteligência (QI) inferior a 70, média apresentada pela população, conforme padronizado em testes psicométricos ou

⁷ Araujo, A.L.; Silva, L.R.; Mendes, F.A.A. Controle neuronal e manifestações digestórias na paralisia cerebral. *Jornal de Pediatria*, v.88, nº6, Porto Alegre, Nov./Dez, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572012000600003>. Acesso em: 22 set. 2022.

⁸ ABRAMS, P. et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology*, v. 61, n. 1, p. 37-49, 2003. Disponível em: <[http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295\(02\)02243-4/abstract](http://www.goldjournal.net/article/S0090-4295(02)02243-4/abstract)>. Acesso em: 22 set. 2022.

⁹ REGADAS, S. M. M.; et al. Importância da ultra-sonografia endo-anal na avaliação propedêutica da incontinência fecal. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v. 22, n. 1, p. 13-19, 2002. Disponível em: <http://www.sbcpr.org.br/revista/nbr221/P13_19.htm>. Acesso em: 22 set. 2022.

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da emergência de saúde pública de importância nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/orientacoes-integradas-vigilancia-atencao.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2022.

¹¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC). Brasília, DF, Versão 2. 2016. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2022.

¹² MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à 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: 22 set. 2022.



por uma defasagem cognitiva em relação às respostas esperadas para a idade e realidade sociocultural, segundo provas, roteiros e escalas, baseados nas teorias psicogenéticas¹³.

7. A **gastrostomia** (GTT) 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 percutânea¹⁴.

8. A **traqueostomia** (TQT) 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 prolongada¹⁵.

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 multiprofissional, 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 paciente^{16,17}.

III – CONCLUSÃO

1. Inicialmente, cabe destacar que os médicos assistentes (fl. 4 - INDEX 346 e fls. 14-15 - INDEX 17-18) informaram que a Autora possui **traqueostomia e gastrostomia**, além de “... devido à restrição no leito e da falta de capacitância de mobilidade, resultou no aparecimento de feridas por pressão e atrofia de membros, seu quadro impossibilita de qualquer cuidado ...”. Portanto, este Núcleo **não** identificou parâmetros técnicos, no referido laudo médico, que justificam a necessidade de um profissional **técnico de enfermagem, nas 24 horas**, para a realização dos cuidados domiciliares da Suplicante. Assim como, fica impossibilitado de realizar uma inferência segura acerca da indicação do serviço de **home care** para o caso em tela, visto que **não foi identificada a prescrição de nenhum procedimento estritamente hospitalar, passível de realização em domicílio**.

2. Quanto à disponibilização dos itens ora pleiteados, no âmbito do SUS, informa-se que:

¹³ FIOCRUZ. Deficiência Mental. Disponível em: < <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/deficiencia-mental.htm#:~:text=A%20defici%C3%Aancia%20mental%20pode%20ser,segundo%20provas%2C%20roteiros%20e%20escalas%2C> >. Acesso em: 22 set. 2022.

¹⁴ PERISSÉ, VLC. O enfermeiro no cuidar e ensinar a família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar. Disponível em: < <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1447> >. Acesso em: 22 set. 2022.

¹⁵ 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>. Acesso em: 22 set. 2022.

¹⁶ 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: 22 set. 2022.

¹⁷ FABRICIO, S. C. C. et al. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 5, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2022.



2.1. o serviço de *home care*; a assistência profissional de técnico de enfermagem nas **24 horas não integram** nenhuma lista oficial de serviços para disponibilização através do SUS, no âmbito do município de Nova Iguaçu e do Estado do Rio de Janeiro;

2.2. as consultas à nível ambulatorial e/ou domiciliar pelos profissionais **médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista estão padronizadas no SUS**, conforme consta no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, com os seguintes nomes e códigos de procedimento: consulta/atendimento domiciliar (03.01.01.013-7), consulta/atendimento domiciliar na atenção especializada (03.01.01.016-1), consulta médica em atenção especializada (03.01.01.007-2), consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico) (03.01.01.004-8), assistência domiciliar por equipe multiprofissional (03.01.05.002-3), assistência domiciliar por equipe multiprofissional na atenção especializada (03.01.05.003-1), atendimento fisioterapêutico nas alterações motoras (03.02.05.002-7), atendimento fisioterapêutico em pacientes com distúrbios neuro-cinético-funcionais sem complicações sistêmicas (03.02.06.001-4), atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor (03.02.06.003-0), atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas (03.02.04.002-1), terapia fonoaudiológica individual (03.01.07.011-3) e acompanhamento de paciente em terapia nutricional (03.01.05.015-5).

3. Como alternativa ao serviço de “*home care*”, no âmbito do 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: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, auxiliar/técnico de enfermagem, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico, configurando equipe multidisciplinar.

4. Elucida-se que o **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)** é uma modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. Trata-se de visitas técnicas pré-programadas e periódicas de profissionais de saúde, cujo objetivo principal é a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidado, capacitando o cuidador para oferecer os cuidados diários do usuário.

5. Destaca-se que a elegibilidade na Atenção Domiciliar no SUS considera critérios clínicos e administrativos/operacionais/legais. Ressalta-se que esses critérios devem ser avaliados caso a caso, reconhecendo-se as singularidades do paciente e suas necessidades, além da capacidade e condições do SAD em atendê-las¹⁸.

6. Portanto, sugere-se que a Autora seja avaliada pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Neste sentido, a Representante Legal da Autora deverá comparecer a unidade básica de saúde, mais próxima de sua residência, a fim de requerer o encaminhamento e avaliação pelo SAD, sobre a possibilidade de acompanhamento multidisciplinar regular da Requerente.

¹⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Melhor em Casa – A Segurança do Hospital no Conforto de Seu Lar. Caderno de Atenção Domiciliar, v. 2, p.139-140. Brasília, DF. 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf>. Acesso em: 22 set. 2022.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica

Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

7. Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde¹⁹ foi encontrado Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **deficiência intelectual** e da **epilepsia**. Contudo, não há previsão de fornecimento dos itens pleiteados.

É o parecer.

À 6ª Vara Cível da Comarca de Nova Iguaçu do Estado do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.

MARIZA DE QUEIROZ SANTA MARTA

Enfermeira

COREN-RJ: 150.318

ID: 4439723-2

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

Assessor-chefe

CRF-RJ 10.277

ID. 436.475-02

¹⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt#i>>. Acesso em: 22 set. 2022.