



PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 4638/2024

Rio de Janeiro, 7 de novembro de 2024.

Processo nº 0801206-61.2024.8.19.0069,
ajuizado por
, representada por

Trata-se de demanda judicial, cujo pleito se refere ao fornecimento dos medicamentos **montelucaste 5mg** (Montelair®), **budesonida 50mcg spray nasal** (Busonid®), **ciprofloxacino 2mg/mL + hidrocortisona 10mg/mL** (Otociriax®) e o dermocosmético **loção hidratante** (Cetaphil®).

Em síntese, de acordo com o documento médico (Num. 135288684 – Págs. 1 a 4), a Autora é portadora de **dermatite atópica** e **rinite alérgica**, sendo prescritos os medicamentos **montelucaste 5mg** (Montelair®), **budesonida 50mcg spray nasal** (Busonid®), **ciprofloxacino 2mg/mL + hidrocortisona 10mg/mL** (Otociriax®) e o dermocosmético **loção hidratante** (Cetaphil®).

No que concerne a indicação dos itens pleiteados, informa-se que os medicamentos **montelucaste 5mg** (Montelair®), **budesonida 50mcg spray nasal** (Busonid®) e o dermocosmético **loção hidratante** (Cetaphil®) **estão indicados** no tratamento do quadro clínico da Autora.

Acerca do medicamento **ciprofloxacino 2mg/mL + hidrocortisona 10mg/mL** (Otociriax®), elucida-se que a descrição das doenças que acomete a Autora, relatada no documento médico, **não fornece embasamento clínico suficiente para a justificativa do uso no plano terapêutico**. Sendo assim, para uma inferência segura acerca da **indicação** deste pleito, sugere-se a emissão de laudo médico, legível, descrevendo as demais patologias e/ou comorbidades que estariam relacionadas com o uso do referido fármaco no tratamento da Autora.

Os medicamentos pleiteados **não integram** uma lista oficial de medicamentos (Componentes Básico, Estratégico e Especializado) para dispensação no SUS no município de Iguaba Grande e Estado do Rio de Janeiro. Assim, considerando que não existe política pública de saúde para dispensação destes medicamentos, salienta-se que **não há atribuição exclusiva do estado nem do município em fornecê-los**.

Para o tratamento da **dermatite atópica** no SUS, o Ministério da Saúde publicou o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)** da doença (Portaria Conjunta SAES/SECTICS/MS nº 34, de 20 de dezembro de 2023)¹, no qual foi preconizado o uso do **imunossupressor ciclosporina 25mg, 50mg e 100mg** (cápsula) e **100mg/mL** (solução oral); além de **corticosteroides tópicos** (**acetato de hidrocortisona e dexametasona**).

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 34, de 20 de dezembro de 2023. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dermatite Atópica. Disponível em: <<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/portaria-conjunta-saes-sectics-no-34-pcdt-dermatite-atopica.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2024.



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria Jurídica
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

- Caso a Autora perfaça aos critérios de inclusão do referido Protocolo e o médico assistente autorize o uso dos medicamentos padronizados, disponibilizado no âmbito do **CEAF**, a representante legal da Autora deverá dirigir-se a unidade de saúde descrita em **ANEXO I**.

Os itens aqui pleiteado apresenta registro válido na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

É o parecer.

À Vara Única da Comarca de Iguaba Grande do Estado do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providencias que entender cabíveis.

GLEICE GOMES T. RIBEIRO

Farmacêutica
CRF-RJ 13.253
Matr: 5508-7

JACQUELINE ZAMBONI MEDEIROS

Farmacêutica
CRF- RJ 6485
ID: 501.339-77

FLÁVIO AFONSO BADARÓ

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



ANEXO I

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF)

Unidade: Farmácia de Medicamentos Excepcionais

Endereço: Av. Teixeira e Souza, 2.104 - São Cristóvão. Cabo Frio Tel.: (22) 2645-5593.

Documentos pessoais: Original e Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento, Cópia do Cartão Nacional de Saúde/ SUS, Cópia do comprovante de residência.

Documentos médicos: Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos (LME), em 1 via, emitido a menos de 90 dias, Receita Médica em 2 vias, com a prescrição do medicamento feita pelo nome genérico do princípio ativo, emitida a menos de 90 dias.

Observações: O LME deverá conter a descrição do quadro clínico do paciente, menção expressa do diagnóstico, tendo como referência os critérios de inclusão previstos nos PCDT do Ministério da Saúde, nível de gravidade, relato de tratamentos anteriores (medicamentos e período de tratamento), emitido a menos de 90 dias e Exames laboratoriais e de imagem previstos nos critérios de inclusão do PCDT.