



**PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 2794/2025**

Rio de Janeiro, 18 de julho de 2025.

Processo nº 3008572-12.2025.8.19.0001,  
ajuizado **J.D.C.R..**

De acordo com os documentos médicos mais acostados aos autos do processo, trata-se de Autor, 37 anos de idade, acamado, com antecedente de sofrimento fetal, gastrostomizado, com atraso de desenvolvimento e déficit de aprendizado, com quadro sugestivo de **encefalite** caracterizada por epilepsia associada a declínio cognitivo grave. Com limitação funcional importante. Em uso dos medicamentos fenitoína 100mg, ácido valproico 500mg, mirtazapina 30mg, divalproato de sódio 500mg, amitriptilina 25mg, clonazepam 2mg e fenobarbital 100mg. Encontra-se totalmente dependente nas atividades da vida diária, necessitando do **home care** com cuidados de enfermagem integral. Sendo solicitado o acompanhamento com a equipe multiprofissional: **fisioterapia motora e respiratória, terapia ocupacional, fonoaudiologia, enfermagem 24h, avaliação médica periódica e assistência social**, assim como os **medicamentos, insumos e equipamentos prescritos** (Evento 1\_LAUDO10\_Página 1, Evento 1\_LAUDO11\_Página 1\_Evento 1\_LAUDO12\_Páginas 1 e 2). Citada a Classificação Internacional de Doenças (CID 11): **G04.9 Encefalite, mielite e encefalomielite não especificada e Z93.1 Gastrostomia**.

Foi pleiteado do serviço de **home care** (Evento 1\_INIC1\_Página 7).

A **encefalite** é definida pela inflamação do parênquima cerebral com disfunção neurológica resultante que pode ser causada por infecção ou autoimunidade. É confirmada pela identificação da inflamação em amostras de tecido cerebral. No entanto, isso raramente é indicado. Por isso, usamos evidências indiretas de inflamação na apresentação clínica e testes não invasivos auxiliares, como a neuroimagem e a análise do líquido cefalorraquidiano (LCR). Em geral, a encefalite deve ser suspeitada quando sintomas ou sinais de disfunção neurológica (cefaleia, diminuição do nível de consciência, convulsões, déficits focais, papiledema, alterações comportamentais) se apresentam agudamente (24-72 h) juntamente com manifestações sistêmicas como febre, linfadenopatia, erupção cutânea, artralgia, mialgia, sintomas respiratórios, sintomas gastrointestinais ou com história de exposição a fatores de risco conhecidos (viagens para áreas endêmicas, mordidas de animais, exposição a insetos ou caracatos)<sup>1</sup>.

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

<sup>1</sup> COSTA, B. K. DA ; SATO, D. K.. Viral encephalitis: a practical review on diagnostic approach and treatment. Jornal de Pediatria, v. 96, p. 12–19, mar. 2020. Acesso em: 18 jul. 2025.



utilização de equipamentos de tecnologia avançada, podendo ou não estar atrelada a uma maior periodicidade no acompanhamento do paciente<sup>2,3</sup>.

Inicialmente cabe destacar que, devido à **ausência da descrição detalhada e fundamentada sobre os procedimentos assistenciais domiciliares** necessários ao manejo do Autor, nos documentos médicos anexados ao processo (Evento 1\_LAUDO10\_Página 1, Evento 1\_LAUDO11\_Página 1 e Evento 1\_LAUDO12\_Páginas 1 e 2), **este Núcleo fica impossibilitado de realizar uma inferência segura acerca da indicação do serviço de home care para o caso concreto do Requerente.**

Adicionalmente, informa-se que **este Núcleo também não identificou parâmetros técnicos, no referido documento médico** (Evento 1\_LAUDO10\_Página 1, Evento 1\_LAUDO11\_Página e Evento 1\_LAUDO12\_Páginas 1 e 2), **que justificassem a necessidade de assistência contínua (nas 24 horas) de um profissional enfermeiro/técnico de enfermagem, para a realização dos cuidados domiciliares da Suplicante**, visto que **não foi identificada a prescrição de nenhum procedimento estritamente hospitalar**, passível de realização em domicílio.

Quanto à disponibilização, no SUS, informa-se que o **serviço de home care não integra** nenhuma lista oficial de serviços para disponibilização através do SUS, no âmbito do município e do Estado do Rio de Janeiro.

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**.

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, palião 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**.

Portanto, **sugere-se que o Autor seja avaliado pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)**. Neste sentido, a **Representante Legal da Assistida deverá comparecer a unidade básica de saúde, mais próxima de sua residência, a fim de que sejam realizados encaminhamento e avaliação pelo SAD sobre a possibilidade de acompanhamento multidisciplinar regular do Requerente.**

Cabe ressaltar que, em caso de fornecimento do Serviço de *home care*, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA**, o

<sup>2</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: 18 jun. 2025.

<sup>3</sup> 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000500004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jun. 2025.



**serviço de *home care*, seja público ou privado, deve fornecer **todos** os equipamentos, insumos, medicamentos e recursos humanos necessários ao atendimento da necessidade do paciente.**

Em consulta ao banco de dados do Ministério da Saúde<sup>4</sup> foi encontrado Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a enfermidade do Suplicante – **epilepsia**, no entanto não contempla o fornecimento do serviço pleiteado. Não há PCDT para as outras enfermidades que acometem o Autor.

**É o parecer.**

**Ao Juízo da 15ª Vara da Fazenda Pública da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, para conhecer e tomar as providências que entender cabíveis.**

**Elaborado pela equipe técnica do NATJUS-RJ.**

**FLÁVIO AFONSO BADARÓ**

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

---

<sup>4</sup> 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: 04 fev. 2025.