



**PARECER TÉCNICO/SES/SJ/NATJUS Nº 5475/2024**

Rio de Janeiro, 26 de dezembro de 2024.

Processo nº 0881925-26.2024.8.19.0038,  
ajuizado por   
, representada por

Trata-se de Autora, de 11 meses de idade, admitida no CTI neonatal e pediátrico em 15/03/2024, com história de convulsão desde o período neonatal, devido a herpes vertical. Evoluiu com **encefalopatia crônica não progressiva** manifesta por tetraplegia, deficiência intelectual profunda e epilepsia de difícil controle. Está com bom controle das crises convulsivas com o uso de Levetiracetam, Oxcarbazepina, Topiramato e Clonazepam. Dependente de suporte ventilatório desde o nascimento, foram feitas várias tentativas de macronebulização, porém não tolera mais do que 2 horas. Devido ao quadro neurológico de ECNP, menor **dependente de ventilação mecânica invasiva**, não apresenta condições de deglutição, impossibilitando a alimentação por via oral. Foi submetida a gastrostomia em 06/05/2024 e realizou traqueostomia em 06/05/2024. Apresenta estabilidade clínica, quadro infeccioso resolvido, e convulsões controladas, dieta plena por via gastrostomia, ventilando no respirador com parâmetros baixos, em condições de alta hospitalar em sistema de home care (Num. 161002989 - Págs. 12 a 14). Foi pleiteado o serviço de **home care** (Num. 161002988 - Págs. 3 e 25).

O serviço de **home care** corresponde ao conjunto de procedimentos hospitalares passíveis de serem realizados em domicílio, ou seja, é uma assistência à saúde multiprofissional exclusivamente no domicílio realizado por profissionais da equipe interdisciplinar, como uma espécie de **internação domiciliar**.

Diante o exposto, informa-se que o serviço de **home care** está indicado ao manejo do quadro clínico que acomete a Autora (Num. 161002989 - Págs. 12 a 14). Todavia,  não integra nenhuma lista oficial de serviços para disponibilização através do SUS, no âmbito do município de Nova Iguaçu e do Estado do Rio de Janeiro.

Assim, cumpre esclarecer que, no âmbito do SUS,  não há alternativa terapêutica ao pleito **home care**, uma vez que a Autora necessita de ventilação mecânica invasiva contínua, sendo este critério de exclusão ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), instituído pela Portaria de Consolidação nº5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Elucida-se que, caso seja fornecido o **home care**, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – **RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA**, o 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.



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria Jurídica  
Núcleo de Assessoria Técnica em Ações de Saúde

**É o parecer.**

**À 5ª 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. 4.439.723-2

**RÂMIRO MARCELINO RODRIGUES DA SILVA**

Assistente de Coordenação  
ID. 5.123.948-5  
MAT. 3151705-5

**JAQUELINE COELHO FREITAS**

Enfermeira  
COREN/RJ 330.191  
ID: 4466837-6

**FLÁVIO AFONSO BADARÓ**

Assessor-chefe  
CRF-RJ 10.277  
ID. 4.364.750-2