

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível

COMARCA: Ituiutaba

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010856

IDADE: 71 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): T84.5, I10, F41.2, E03.9

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care, cadeira de rodas e cadeira de banho, fraldas geriátricas, medicamentos diversos.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação continuada de cuidados básicos diários por tempo indeterminado, para paciente com limitação da mobilidade e dependência parcial de terceiros para as atividades básicas da vida diária.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

O quadro clínico da Autora (idosa de 71 anos, acamada, com histórico de múltiplos procedimentos cirúrgicos e retirada de prótese de quadril por soltura séptica, em uso de espaçador com antibiótico) demanda assistência domiciliar integral em regime de Home Care com técnico de enfermagem 24 horas, fisioterapia e fornecimento integral de medicamentos e insumos prescritos, ou o caso restringe-se a cuidados assistenciais ordinários passíveis de realização exclusiva por cuidador familiar?

R.: *O envelhecimento não é um fenômeno linear, mas um processo simples e individual, onde a relação com o tempo é vivenciada de forma diferenciada, de acordo com o maior ou menor grau de deterioração orgânica. (Beauvoir, Simone de. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990).²¹*

O envelhecimento brasileiro não é uma projeção distante, o envelhecimento populacional é uma realidade concreta e irreversível. O País tem cerca de 36 milhões de pessoas nessa faixa etária (IBGE, 2024), aproximadamente 17% da população.

Estima-se que entre 25% e 30% da população idosa (60 anos ou mais) apresente algum grau de limitação ou debilidade funcional, necessitando do auxílio de terceiros para realizar atividades cotidianas. Considerando que a população idosa no país já ultrapassa os 36 milhões de pessoas, isso significa que aproximadamente 9 a 10,8 milhões de idosos brasileiros enfrentam algum nível de dependência, sendo razoável dizer que há uma substancial demanda por cuidados continuados.

Conforme a documentação apresentada, trata-se de paciente idosa que apresenta significativa limitação da mobilidade, com dependência parcial do auxílio de terceiros para as atividades básicas da vida diária.

A pergunta que se faz é: Quais são os cuidados que a pessoa efetivamente necessita e quais deles constituem atos privativos ou próprios da enfermagem, exigindo profissional habilitado?

Os cuidados necessários à paciente em tela não exigem a execução por profissional técnico em enfermagem, são todos compatíveis com a execução por uma cuidadora treinada: locomoção no domicílio, higiene pessoal (banho, uso do banheiro, higiene oral), preparo de alimentos e alimentação, organização e administração de medicação de uso oral, suporte para a transferência e mobilidade em cadeira de rodas.

A existência de dependência funcional não significa, por si só, a conversão da necessidade de um cuidador em necessidade de um profissional técnico em enfermagem.

Apesar da significativa limitação da mobilidade e da debilidade funcional parcial apresentada pela paciente, não foi identificada a prescrição / a necessidade de execução de procedimentos exclusivos de profissionais da saúde habilitados, exigindo a disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas, por tempo indeterminado para o necessário auxílio às atividades da vida diária.

Em 2025, o Cofen informou a existência de aproximadamente 1,94 milhão de técnicos de enfermagem registrados no Brasil. Ou seja, estamos diante de uma categoria profissional gigantesca, mas que também constitui um

dos principais recursos humanos necessários ao funcionamento dos serviços de saúde. Ao disponibilizar individualmente uma cobertura de enfermagem domiciliar que excede a necessidade técnica do paciente, pode-se estar retirando capacidade profissional de outros pontos da rede pública ou suplementar que também precisam desses trabalhadores.

O profissional técnico em enfermagem não é simplesmente um “cuidador mais qualificado”, dependência funcional é diferente de dependência de assistência de enfermagem. Não significa dizer que o paciente não necessita de auxílio / cuidados, mas significa dizer que o tipo de profissional indicado / disponibilizado deve corresponder à natureza e à complexidade do cuidado de que o paciente efetivamente necessita.

A disponibilização de técnicos de enfermagem por tempo indeterminado, para desempenhar no domicílio funções que podem ser exercidas por cuidadores, pode gerar um risco sistêmico para a capacidade assistencial da rede de saúde, ou seja, potencial risco de redução da disponibilidade da força de trabalho do técnico de enfermagem e de pressão sobre o dimensionamento dos serviços de saúde, algumas vezes podendo agravar desequilíbrios já existentes de dimensionamento, com potencial impacto sobre a capacidade assistencial coletiva da rede pública ou suplementar.

Esse risco tende a adquirir maior relevância diante do acelerado envelhecimento populacional brasileiro e do consequente crescimento projetado da demanda por cuidados continuados e atenção à saúde da pessoa idosa.

A paciente em tela tem indicação de receber serviço Home Care na modalidade de assistência domiciliar multidisciplinar, através de visitas programadas de profissionais da saúde em conformidade com o plano de atenção domiciliar individualizado (PAD) de acordo com as necessidades de cada momento da evolução clínica da paciente, vide Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 – ANVISA.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.

html

A definição das especialidades e da frequência das visitas de cada uma das especialidades / profissionais envolvidos na prestação da assistência multidisciplinar domiciliar, deve ser estabelecida através do PAD individual, o qual deverá ser periodicamente revisto e atualizado.

Não foram identificados elementos técnicos objetivos indicativos da necessidade de serviço *Home Care* na modalidade de internação domiciliar por tempo indeterminado.

A prestação do serviço de *Home Care* em qualquer uma de suas modalidades (assistência domiciliar multiprofissional ou internação domiciliar), não visa suprir a carência de estrutura familiar e/ou social para a realização dos cuidados de suporte de vida ao paciente.

Não foram identificados elementos técnicos objetivos de urgência/emergência em conformidade com a Resolução Nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina - CFM.⁶⁰

Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de idosa com histórico de vários procedimentos cirúrgicos ortopédicos, até o procedimento para retirada de prótese total de quadril a direita em 10/09/2025, devido a processo infeccioso (soltura séptica), em uso de espaçador de cimento com antibiótico, com possibilidade de futura reconstrução protética.

Foi indicado pelo médico ortopedista serviço *Home Care* por tempo indeterminado, com a disponibilização de profissional técnico em enfermagem em período integral de 24 horas e equipe multiprofissional, conforme a necessidade clínica da paciente.

Relatório de enfermagem de visita domiciliar realizada em 09/12/2025, traz as informações de que a idosa estava em uso contínuo de pregabalina 150 mg/noite, quetiapina 100 mg/noite, Exodus 20 mg/manhã, tramadol 100 mg 01 comprimido se dor, levotiroxina sódica 88 mcg/manha, ciprofloxacino 500 mg duas vezes/dia e Clavulim BD 875 + 125 mg duas vezes/dia, todos por via oral.

Consta ainda nesse relatório, que a paciente respira em ar ambiente, sem suporte de oxigênio, eliminações fisiológicas no banheiro, possui controle de esfíncteres, em uso de fraldas devido a escapes urinários, alimentação via oral, membros superiores com funcionalidade preservada, e dependência parcial.

Relatório farmacêutico datado de 01/04/2026 consta que a paciente fez uso de antibioticoterapia oral durante seis meses, que finalizou no mês de março. Há informação de que os medicamentos que estavam em uso no momento da visita era exclusivamente esses: pregabalina para dor, oxalato de escitalopram para ansiedade, pantoprazol para proteção gástrica, Loxonin® 60 mg de 12 em 12 horas anti-inflamatório, Loxonin® Flex adesivo (se dor), tramadol para dor, Venzer HCT para tratamento da hipertensão, fumarato de quetiapina para depressão, Levoid® para hipotireoidismo, Naratriptana para enxaqueca (se dor).

Consta que não foram encontrados na residência da paciente os medicamentos: Progress® 20 mg, Prossor®, Rahime® 8 mg, Dozi® 1000 mcg, Ebatz® 4 mg.

Relatório Fisioterápico datado de 01/04/2026, consta que a paciente se encontrava deitada, que na avaliação fisioterápica realizada, ficou de pé com auxílio do andador e de apoio no pé, porque o membro inferior direito está mais curto, que a paciente informou que precisa de ajuda para tomar banho e se locomover. Queixou-se de dor no quadril direito, apresentou redução de força em membro inferior direito +2/+5 e perda do tonus muscular nos membros inferiores, mais acentuado à direita. Na cama apresentou destreza e boa mobilidade, mas sem conseguir transferir-se sozinha. Bom padrão respiratório, sem tosse e com boa expansão pulmonar. Foi indicada assistência fisioterápica domiciliar na frequência de três vezes/semana, com reavaliações periódicas.

No momento consta que a idosa apresenta transtorno depressivo relacionado ao quadro clínico apresentado por ela e significativa limitação da mobilidade, deslocando-se através do uso de cadeira de rodas, necessitando do auxílio de terceiros para as atividades básicas da vida diária: locomoção no

domicílio, higiene pessoal (banho, uso do banheiro, higiene oral), preparo de alimentos e alimentação, organização e administração de medicação de uso oral, suporte para a transferência e mobilidade em cadeira de rodas.

*“**Autocuidado** significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida”.⁴*

“O envelhecimento não é um fenômeno linear, mas um processo simples e individual, onde a relação com o tempo é vivenciada de forma diferenciada, de acordo com o maior ou menor grau de deterioração orgânica. (Beauvoir, Simone de. Tradução de Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990)”.²¹

No Brasil, a pessoa idosa é aquela com 60 anos ou mais, conforme definido pelo Estatuto da Pessoa Idosa. O País tem cerca de 36 milhões de pessoas nessa faixa etária (IBGE, 2024), aproximadamente 17% da população. Com um crescimento médio estimado em 1,1 milhão de idosos por ano, o envelhecimento populacional é uma realidade concreta e irreversível. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-idosa>

Os dados do Censo Demográfico de 2024, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, revelam que há mais idosos que jovens no Brasil. O Brasil vive uma das transições demográficas mais rápidas do mundo. *“Daqui a 45 anos, os brasileiros com mais de 60 anos deverão corresponder a cerca de 37,8% da população do país, ou 75,3 milhões de pessoas idosas, também segundo projeção do IBGE”.*

Estima-se que entre 25% e 30% da população idosa (60 anos ou mais) apresente algum grau de limitação ou debilidade funcional, necessitando do auxílio de terceiros para realizar atividades cotidianas. Considerando que a população idosa no país já ultrapassa os 36 milhões de pessoas, isso significa que aproximadamente 9 a 10,8 milhões de idosos brasileiros enfrentam algum nível de dependência.

A Organização Mundial da Saúde destaca a importância do cuidado domiciliar como uma das respostas aos desafios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos que o mundo atravessa (Hermann, et al, 2018). O Brasil vem apresentando uma transição epidemiológica com mudança nas causas que produzem doenças, seguindo essa tendência mundial. Isso se deve a mudanças no estilo de vida da população em decorrência da urbanização e de um melhor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Desse modo, observa-se um aumento na demanda de Atenção Domiciliar (AD) com o envelhecimento da população e o desenvolvimento de tecnologias em saúde, que têm possibilitado maior taxa de sobrevivência das pessoas, além do atual contexto econômico e social.

No Brasil, cerca de 625 mil pessoas precisam de cuidados paliativos, ou seja, atenção em saúde que permita a melhora da qualidade de vida daqueles que enfrentam doenças graves, crônicas ou em finitude. Os cuidados paliativos têm foco no alívio da dor, no controle de sintomas e no apoio emocional. Nesse contexto, pensando em uma experiência mais digna e confortável para pacientes, familiares e cuidadores, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

*“Diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, sociedade e poder público, no sentido de proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que possuem alguma incapacidade. Desta forma, a presença do cuidador nos lares, tem sido mais frequente, havendo a necessidade de orientá-los para o cuidado. Cabe ressaltar que o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e, dessa forma, reduz as complicações decorrentes de longas internações hospitalares”.*⁴

Existem muitas demandas ao se cuidar de um familiar doente, o que pode afetar a qualidade de vida e dinâmica familiar. A compreensão da família

que está recebendo o cuidado em atenção domiciliar é fundamental, e a abordagem familiar domiciliar permite o entendimento das possíveis disfuncionalidades que possam prejudicar o bem-estar biopsicossocial de seus membros. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, situações prolongadas ou definitivas de doença podem afligir mais os familiares, levando-os a buscar recursos fora do domicílio para suportar a situação.

Home Care é o termo em inglês para a assistência de profissionais da saúde realizadas no domicílio. Esse serviço visa abreviar e/ou evitar a hospitalização dos pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária e assistência especializada de profissionais da saúde. Dentro do conceito de *Home Care* existem inúmeras formas de atendimento domiciliar, variando conforme as necessidades do paciente e a complexidade da assistência, e a necessidade ou não de realização de procedimentos exclusivos de profissionais da saúde habilitados.

Home Care - Atenção Domiciliar - “Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida”.⁴

“O cuidador, segundo a Portaria GM nº 963/2013, é a pessoa com ou sem vínculo familiar com o usuário, capacitada para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. Essa ocupação integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. O cuidador é reconhecido como componente da atenção domiciliar, inclusive sua participação ativa é claramente prevista, em conjunto com a equipe profissional e familiares (BRASIL, 2013)”.¹⁵

A figura do cuidador é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte técnico de uma equipe de atenção

domiciliar, conforme definido na Portaria GM nº 963/2013 do Ministério da Saúde - Brasil.

O termo *Home Care* - Atenção Domiciliar (AD), configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva e/ou complementar às já existentes, é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde pública e/ou privada. Tem como principais usuários, pacientes com doenças crônicas e grande dependência para os cuidados da vida diária.

O Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS, diz que para fins deste Parecer, o termo *Home Care* refere-se aos Serviços de Atenção Domiciliar, nas modalidades de Assistência e Internação Domiciliar, regulamentados pela Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência de Vigilância Sanitária ANVISA.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 - ANVISA, estabelece entre outras, as seguintes definições:

- 1) **Atenção Domiciliar**: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
- 2) **Cuidador**: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- 3) **Assistência Domiciliar**: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- 4) **Internação Domiciliar**: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.
- 5) **Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar** - EMAD: profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio.
- 6) **Plano de Atenção Domiciliar** - PAD: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais

envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta.

A Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, diz que *a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) deve elaborar o plano de atenção domiciliar (PAD). Diz também que o SAD conforme definido no PAD deve prover os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.*

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html

O COREN do Estado de Sergipe, a partir da Resolução do COFEN nº 186/1995 e do Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, emitiu Parecer Técnico nº 47/2015, o qual traz informações sobre as *atribuições que são exclusivas da equipe de enfermagem*, e quais podem ser delegadas aos cuidadores leigos, no que tange aos cuidados domiciliares do paciente acamado.

O Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, traz algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

- Atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar na locomoção e atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos.
- Estimular atividades de lazer e ocupacionais.
- Realizar mudanças de posição na cama e na cadeira, e massagens de conforto.
- Administrar as medicações, conforme a prescrição e orientação da equipe de saúde.
- Comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.
- Outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade

de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Apesar da significativa limitação da mobilidade e da debilidade funcional parcial apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados diários exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. A assistência de enfermagem envolve intervenções próprias da profissão, inseridas no processo de enfermagem e realizadas segundo avaliação, planejamento, supervisão e responsabilidade técnica compatíveis com a legislação profissional.

A existência de dependência funcional não constitui, por si só, evidência suficiente de necessidade de técnico de enfermagem em período integral. Uma pessoa pode apresentar elevado grau de dependência para atividades básicas da vida diária, tais como: higiene pessoal, alimentação, vestuário, mobilidade, transferência e supervisão / administração de medicamentos, sem, no entanto, apresentar, necessariamente, condição clínica que demande assistência contínua de enfermagem por tempo indeterminado em período integral.

Em termos práticos, é necessário distinguir pacientes que necessitam de cuidador em período parcial ou integral; pacientes que necessitam de visitas periódicas de profissionais de saúde; pacientes que necessitam de procedimentos ou cuidados específicos de enfermagem; pacientes que efetivamente necessitam de assistência de enfermagem contínua; e pacientes que necessitam de estrutura de internação domiciliar, em razão de maior complexidade clínica.

Exemplificando: Uma disponibilização de assistência de técnico em enfermagem por período de 12 horas diárias para um único paciente representa 4.380 horas de trabalho por ano.

Uma disponibilização de assistência de técnico em enfermagem por período de 24 horas diárias representa 8.760 horas de trabalho por ano.

Assim, em escala populacional, mesmo um número relativamente pequeno de pacientes submetidos a cobertura contínua pode representar significativa quantidade de horas profissionais. Hipoteticamente, 1.000

pacientes com cobertura de enfermagem durante 24 horas por dia representariam 8.760.000 horas de trabalho por ano.

O exemplo não pretende afirmar que esse volume esteja ocorrendo, mas demonstrar o impacto sobre a disponibilidade da força de trabalho dessa categoria profissional. A expansão da disponibilização da assistência domiciliar contínua por tempo indeterminado do profissional técnico em enfermagem por decisão individual, possui efeito agregado sobre a demanda por força de trabalho.

No caso concreto, a modalidade de assistência domiciliar multidisciplinar é compatível com o quadro clínico apresentado pela paciente. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional técnico de enfermagem 24 horas/dia por tempo indeterminado.

A elegibilidade para a internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos e da necessidade de disponibilização de profissional da saúde para a execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, e também depende que a condição clínica do paciente permita, isto é, seja compatível com a execução dos cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD (Núcleo de Empresas de Atenção Domiciliar) são os mais utilizados.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, a condição clínica descrita para a paciente é compatível com a prestação de serviço de Home Care / atenção domiciliar na **modalidade de assistência domiciliar**.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar tem por finalidade suprir no domicílio a longo prazo, a necessidade de atendimento especializado para paciente frágil e de baixa mobilidade. A internação domiciliar, assim como a internação hospitalar, não são modalidades de assistência / cuidado contínuo, prescritos por tempo indeterminado, e não visam suprir carência de estrutura familiar e/ou social

para o cuidado do paciente.

Com a evolução / progressão do quadro e ocorrendo períodos de agudização com alteração / flutuações da condição clínica da paciente, o plano de atenção domiciliar (PAD) deverá ser revisto e ajustado.

Havendo alteração da situação clínica descrita nos relatórios, com instalação de necessidade temporária de internação, e sendo possível a instituição de internação domiciliar, essa modalidade assistencial por si só, prevê a realização de cuidados especializados que são exclusivos de profissionais de saúde habilitados, os quais não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo, durante o período de indicação da internação domiciliar, mas que podem ser executados pelos profissionais fora do ambiente hospitalar.

No **SUS**, a *Atenção Domiciliar* (AD) é modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), 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. A atenção domiciliar pode ser direcionada a tratamentos de curto prazo para intercorrências agudas, de médio e longo prazo para situações crônicas e sequelares. A EMAD (Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar) é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado.

A diferença entre as EMAD's e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional. O cuidado é organizado / realizado através de três modalidades assistenciais: Atenção Domiciliar - AD1, AD2 e AD3. 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.

A equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) avalia o quadro do paciente, e elabora o plano de atenção domiciliar (PAD) em conformidade com as necessidades identificadas. O SAD, conforme definido no PAD prevê os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a

modalidade/nível de atenção necessária (AD1, AD2 e AD3) e o perfil clínico do paciente.

*“A modalidade AD1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados / compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; necessitem de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A prestação da assistência à saúde nessa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica (UBS/ESF), por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês. Essas equipes são apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e ambulatorios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016)”.*¹⁷

“A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações tais como usuários com demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou

transitória; necessidade de cuidados paliativos e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido (BRASIL, 2016)”.¹⁷

“A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde. Para que o usuário seja incluído para cuidados na modalidade AD3, é necessário que se verifique a existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para cuidados na modalidade AD2; quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (BRASIL, 2016). Nas modalidades AD2 e AD3, deve estar garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências. O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do SAD, já na modalidade AD1, a responsabilidade é da equipe da unidade de saúde/ ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)”.¹⁷

A atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos, constitui uma atividade principal a ser realizada na atenção básica, para atender às pessoas que estão incapacitadas de se locomoverem aos serviços de saúde, temporária ou permanentemente. O processo de Atenção Domiciliar é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; além do que requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde.

Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o Programa Melhor em Casa, indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica,

necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentem com algum grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para o tratamento, a palição, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação de autonomia do usuário (paciente), família e cuidador.

A inclusão no Programa, se faz pela procura do usuário/cuidador à unidade de saúde, que dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento dos insumos.

Conforme a Resolução RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006 da ANVISA, **não há** previsão expressa para o fornecimento obrigatório de equipamentos para a assistência domiciliar. Segundo a resolução, a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) deve elaborar o plano de atenção domiciliar (PAD), e que o SAD, conforme definido no PAD, deve prover os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos registrados na ANVISA, conforme definido no plano de atenção domiciliar e de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

Fraldas geriátricas: o fornecimento de fraldas foi incluído no SUS através da Portaria GM/MS nº 2.898, de 03 de novembro de 2021. O Programa Farmácia Popular do Brasil - Aqui Tem Farmácia Popular, tem por objetivo disponibilizar à população, por meio da rede privada de farmácias e drogarias, os medicamentos do componente básico de assistência farmacêutica previamente definidos pelo Ministério da Saúde (RENAME) e as fraldas geriátricas.

A dispensação gratuita das fraldas está prevista aos idosos e às pessoas com deficiência. Para a obtenção deste benefício o paciente deverá apresentar prescrição, laudo ou atestado médico que indique a necessidade do uso de fralda, no qual também conste, a hipótese de paciente com deficiência, e sua respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID).

É importante destacar que o programa não prevê definição de marca, já que

não existe embasamento técnico para tal especificação. Está previsto o fornecimento de até 4 fraldas por dia, o que totaliza 120 fraldas por mês.

Cadeira de rodas / cadeira para banho é uma tecnologia concebida para a assistência de pacientes ou pessoas com limitação da mobilidade que precisam de auxílio para a locomoção.

O fornecimento de cama/colchão hospitalar, cadeira de rodas, cadeira para banho, entre outros dispositivos não estão contemplados no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, exceto, quando do período da internação domiciliar em substituição à internação hospitalar. Portanto, não há previsão de fornecimento pela saúde suplementar. Cumpre assinalar que a Lei nº 9.656/1998 não inclui a Atenção Domiciliar entre as coberturas obrigatórias. Para uso domiciliar, a lei garante o fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector (art. 10-B).²

Medicamentos diversos:

Naratriptana para enxaqueca (se dor): medicamento não disponível na rede pública. Medicamento de uso oral domiciliar, de uso intermitente sob demanda.

Pregabalina e **Tramadol** para dor: medicamentos não disponíveis na rede pública. Medicamentos de uso oral domiciliar, de uso intermitente sob demanda. Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar contraindicação e/ou refratariedade às alternativas regularmente disponíveis na rede pública para a finalidade terapêutica pretendida. Não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de uso específico dos fármacos requeridos.

O SUS possui protocolo clínico e diretrizes terapêutica para o tratamento da dor, com alternativas terapêuticas farmacológicas protocolares:

- Ácido acetilsalicílico: comprimidos de 500 mg;
- Ácido valpróico: comprimidos de 250 ou 500 mg; cápsulas de 250 mg; xarope 50 mg/mL;
- Carbamazepina: comprimidos de 200 ou 400 mg; suspensão oral 20 mg/ mL;
- Cloridrato de amitriptilina: comprimidos de 25 ou 75 mg;

- Cloridrato de clomipramina: comprimidos de 10 ou 25 mg;
- Cloridrato de metadona: comprimidos de 5 ou 10 mg; solução injetável de 10 mg/mL;
- Cloridrato de nortriptilina: cápsulas de 10, 25, 50 ou 75 mg;
- Dipirona: comprimidos de 500 mg; solução oral de 500 mg/mL;
- Fenitoína: comprimidos de 100 mg; suspensão oral de 20 mg/mL;
- Fosfato de codeína: comprimidos de 30 ou 60 mg; solução oral de 3 mg/ mL; solução injetável de 30 mg/mL;
- Gabapentina: cápsulas de 300 ou 400 mg;
- Ibuprofeno: comprimidos de 200, 300 ou 600 mg; suspensão oral de 50 mg/mL;
- Naproxeno: comprimidos de 250 e 500 mg;
- Omeprazol: comprimidos de 10 e 20 mg (profilaxia de úlceras duodenais e esofagite de refluxo);
- Paracetamol: comprimidos de 500 mg; solução oral de 200 mg/mL;
- Sulfato de morfina: comprimidos de 10 ou 30 mg; cápsulas de liberação prolongada de 30, 60 ou 100 mg; solução oral de 10 mg/mL; solução injetável de 10 mg/mL;
- Valproato de sódio: comprimidos de 250 ou 500 mg; cápsulas de 250 mg; xarope de 50 mg/mL.

<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/pcdt-resumido-da-dor-cronica>

Loxonin® 60 mg de 12 em 12 horas anti-inflamatório, Loxonin® Flex adesivo (se dor): medicamento não disponível na rede pública. Medicamento de uso oral domiciliar, de uso temporário. Como alternativa estão disponíveis na rede pública o naproxeno e ibuprofeno.

Venzer® HCT (candesartana cilexetila + hidroclorotiazida) para tratamento da hipertensão arterial sistêmica: Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar contraindicação, refratariedade às alternativas terapêuticas protocolares regularmente disponíveis na rede pública para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e imprescindibilidade de uso

específico da combinação de fármacos requerida. Como alternativa à candesartana, o SUS disponibiliza a losartana, a hidroclorotiazida está disponível no SUS em apresentação isolada de 12,5 e 25 mg.

Pantoprazol para proteção gástrica: O SUS disponibiliza o omeprazol para a mesma finalidade terapêutica. Os estudos que compararam a eficiência do omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, esomeprazol e rabeprazol na redução da acidez do estômago, obtiveram resultados equivalentes.

Não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar contraindicação e/ou refratariedade à alternativa terapêutica regularmente disponível na rede pública através do componente básico de assistência farmacêutica.

Levoid® (levotiroxina sódica) para hipotireoidismo: medicamento regularmente disponível na rede pública.

Oxalato de escitalopram para ansiedade: medicamento não disponível na rede pública. É um medicamento antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), tem indicação de bula para o tratamento e prevenção de recaída ou recorrência da depressão, transtorno do pânico com ou sem agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno obsessivo compulsivo.

Fumarato de quetiapina para depressão: medicamento disponível na rede pública sob protocolo, para o tratamento farmacológico da esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo e transtorno afetivo bipolar do tipo I. Como alternativa para o tratamento farmacológico da depressão, o SUS disponibiliza o cloridrato de fluoxetina, amitriptilina, nortriptilina.

Considerando o Parecer Técnico Nº 29/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018, o Parecer Técnico Nº 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019, o Parecer Técnico Nº 05/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 e as diretrizes de utilização previstas na RN nº 465/2021 no que se refere as coberturas mínimas obrigatórias / fornecimento de medicamentos e insumos para tratamento domiciliar de doença crônica, não há previsão de obrigatoriedade de cobertura /

fornecimento contínuo e por tempo indeterminado de medicamentos não oncológicos, porventura utilizados pela paciente.

A obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA pela saúde suplementar está prevista apenas para o tratamento oral oncológico domiciliar, e o fornecimento de medicamentos prescritos durante o período de internação domiciliar, caso o oferecimento de internação domiciliar conste em aditivo contratual acordado ou quando, por livre iniciativa, a operadora oferecer a internação domiciliar em substituição à internação hospitalar (art. 12, inciso II, alíneas “d” e “g”, da Lei n.º 9.656/1998, c/c art. 13, da RN n.º 465/2021).

Não há previsão de disponibilização de medicamentos não oncológicos de uso oral domiciliar por tempo indeterminado, para o tratamento farmacológico de doenças crônicas tais como: asma, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), diabetes mellitus, epilepsia, cardiomiopatias, Lúpus eritematoso sistêmico, psoríase, entre outras, incluindo as doenças apresentadas pela paciente (hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, depressão, ansiedade e dor crônica ou aguda).

O envelhecimento populacional tende a ampliar a demanda por cuidados continuados, especialmente em razão do aumento da prevalência de limitações funcionais, fragilidade, doenças crônicas e dependência. A existência de dependência funcional não implica, automaticamente, necessidade de assistência contínua de profissional técnico em enfermagem.

A prestação de serviço domiciliar de saúde deve, portanto, ser compatibilizada com a utilização racional, proporcional e tecnicamente adequada dos recursos humanos de saúde, mediante avaliação individualizada da necessidade clínica, definição da categoria profissional apropriada, definição da frequência das visitas / carga horária necessária e reavaliação periódica do PAD (Plano de Atenção Domiciliar).

No **caso concreto**, o acompanhamento diário e todos os cuidados básicos da vida diária necessários à paciente (alimentação, administração de medicamentos, higiene pessoal, vestir-se, deslocamentos e alternância de

posturas, entre outros), não exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional técnico de enfermagem. São todas atribuições compatíveis com a figura do(a) cuidador(a) treinado(a), que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte técnico de uma equipe de *Home Care* / atenção domiciliar.

A prestação do serviço de *Home Care* em qualquer uma de suas modalidades (assistência domiciliar multiprofissional ou internação domiciliar), não visa suprir a carência de estrutura familiar e/ou social para a realização dos cuidados de suporte de vida ao paciente.

Considerando o quadro apresentado pela paciente e a restrição da mobilidade, a paciente tem indicação de receber serviço Home Care na modalidade de assistência domiciliar multidisciplinar, através de visitas programadas de profissionais da saúde em conformidade com o plano de atenção domiciliar individualizado (PAD) de acordo com as necessidades de cada momento da evolução clínica da paciente, vide Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 – ANVISA.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html

A definição das especialidades e da frequência das visitas de cada uma das especialidades / profissionais envolvidos na prestação da assistência multidisciplinar domiciliar, deve ser estabelecida através do PAD individual, o qual deverá ser periodicamente revisto e atualizado.

Considerando que não foram identificados elementos técnicos que caracterizem situação de urgência / emergência em conformidade com a Resolução Nº 1451/95 do Conselho Federal de Medicina⁶⁰, caso o Juízo entender necessária uma avaliação completa individualizada contextualizada complementar, há a possibilidade de realização de perícia médica no decorrer do processo.

Faz-se necessário ressaltar que a nota técnica tem por finalidade responder de forma preliminar a uma questão clínica sobre potenciais efeitos de uma tecnologia em saúde, para uma determinada condição. Para tanto, é

realizada análise documental, dos fundamentos científicos e avaliação em tese da questão posta. Portanto, a conclusão “favorável” ou “desfavorável” diz respeito tão somente às evidências científicas atualizadas sobre a metodologia em foco e à indicação do seu custeio pelo poder público ou saúde suplementar, levando em consideração as opções disponíveis.

IV – REFERÊNCIAS:

- 1) Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. *Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.*
- 2) Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar). Resolução Normativa n.º 465/2021 ANS.
- 3) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.
- 4) Guia Prático do Cuidador de Idoso. Ministério da Saúde. 2008.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
- 5) Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 766, de 05 de novembro de 2024. *Aprova as normas e diretrizes para atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar.*
<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-766-de-05-de-novembro-de-2024/>
- 6) Resolução COFEN nº 358/2009.
http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-3582009_4384.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20Sistematiza%C3%A7%C3%A3o%20da,Enfermagem%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs
- 7) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.
<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf>
- 8) Parecer Técnico COREN-PE nº 041/2016.
<http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no->

0412016_8124.html

9) Parecer Técnico nº 47/2015. COREN-SE.

http://se.corens.portalcofen.gov.br/parecer-tecnico-no-472015_8196.html

10) Parecer Técnico COREN-DF 24/2011.

<https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-242011/>

11) Resolução COFEN nº 186/1995.

http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html

12) Resolução CFM nº 1.668 de 07/05/2003. *“Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência”.*

13) Atenção Domiciliar na Atenção primária à Saúde.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf

Caderno de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa. A segurança do hospital no conforto da sua casa. Ministério da Saúde. 2013.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

14) Parecer COREN/GO nº 044/CTAP/2020. Assunto: Procedimento de aspiração de traqueostomia por cuidador em ambiente domiciliar.

Parecer Técnico COREN-DF Nº 05/2018. (Solicitação de revisão do parecer nº 14/2011 COREN-DF.) O cuidador familiar pode ser capacitado por enfermeiro para realizar procedimento de aspiração de cânula de traqueostomia na atenção domiciliar?

https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2019/04/parecer-tecnico-n_05_2019-procedimento-de-aspiracao-de-canula-de-traqueostomia-na-atencao-domiciliar.pdf

Parecer COREN-SP Nº 021/2023, Competência dos profissionais de enfermagem quanto ao procedimento de aspiração de secreção por cânula de traqueostomia.

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp->

content/uploads/2023/09/PARECER_021_2023_-Procedimento-de-aspiracao-de-secrecao-por-canula-de-traqueostomia-REVISADO.pdf

15) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

16) Portaria Nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html

Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC).

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3005_05_01_2024.html

17) Luiza Watanabe Dal Bem, Raquel Rapone Gaidiznski. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária - Artigos de Revisão.

Acta paul. Enferm. 19 (1). Março 2006.

<https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000100016>

18) 2022 Brazilian Thoracic Association recommendations for long-term home oxygen therapy. 2022. DOI:10.36416/1806-3756/e20220179.

<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/fwRszYw8csHHp5xsqHqJPvP/?lang=pt&format=pdf>

19) Escala de HOEHN E YAHR modificada.

<https://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocesinando/AVALIACAO%20FISIOTERAPEUTICA%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modificada.pdf>

20) Recomendações para a ventilação mecânica domiciliar / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42 p.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf

21) Velhice não é Doença. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

<https://sbgg.org.br/em-documento-as-autoridades-comlat-propoe-que-atualizacao-do-cid-11-seja-reavaliada/#:~:text=Os%20c%C3%B3digos%20MB%2044.3%20.,de%20reflexos%20posturais%20e%20automatismos.>

22) Guia Diretrizes da Atenção Domiciliar. Prefeitura de Belo Horizonte. 2022.

<https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-22-09-2022.pdf>

23) Resolução COFEN Nº 766, de 05 de novembro de 2024.

<https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-766-de-05-de-novembro-de-2024/>

24) Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar no DF. 2023

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo_de_Oxigenoterapia_Domiciliar_no_DF+%281%29.pdf/7f693dfe-4559-3099-7e73-6b2743637c4f?t=1680088468936

25) Protocolo do Programa de Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada (01/2017). Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo.

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Consulta%20P%C3%ABlica/Oxigenoterapia/PROTOCOLO%20DO%20PROGRAMA%20DE%20OXIGENOTERAPIA%20DOMICILIAR%20PROLONGADA%2001%202017.pdf>

26) Anexo II (ABEMID E NEAD). Critérios de elegibilidade para avaliação da inclusão no Programa de Internação Domiciliar. Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial – ABEMID.

https://www.senado.leg.br/transparencia/SECRH/BASF/Anexo/A_02_2014_1005852.pdf

27) Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar.

<https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-FINAL-SITE.pdf>

28) O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(2):317-25. www.ee.usp.br/reeusp/

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/35KzF4DTCvJbfbhs5nFQyVG/?lang=pt&format=pdf>

29) Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas, Área Técnica

de Saúde da Pessoa Idosa.

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2551429/mod_resource/content/1/KATZ%20dez%202015.pdf

30) Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição revisada e ampliada.

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>

31) Linha de Cuidados e Diretrizes Assistenciais. Caderno 2. Cuidados Paliativos. FHEMIG.

[file:///C:/Users/f0263285/Downloads/Linha%20de%20Cuidado%20e%20Diretrizes%20Assistenciais%20-%20Cuidados%20Paliativos%20%C2%A0\(caderno%C2%A0n%C2%BA2\).pdf](file:///C:/Users/f0263285/Downloads/Linha%20de%20Cuidado%20e%20Diretrizes%20Assistenciais%20-%20Cuidados%20Paliativos%20%C2%A0(caderno%C2%A0n%C2%BA2).pdf)

32) Protocolo. Condutas em Cuidados Paliativos.

https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/01/PR.CCPT_.001-00-Condutas-em-Cuidados-Paliativos.pdf

33) Cuidados paliativos - Cuidados de fim de vida.

<https://protocolos.hcrp.usp.br/exportar-pdf.php?idVersao=1230>

34) Cuidados Paliativos. Orientações aos Profissionais da Saúde.

<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orienta%C3%A7%C3%B5es-aos-profissionais-de-sa%C3%BAde.pdf>

35) Protocolo Multidisciplinar de atendimento ao paciente em cuidados paliativos.

<https://www.unimed.coop.br/documents/989687/7055291/PTL-MULTI-13.pdf/c522b73a-f558-40cd-9bdf-5101af1dac25>

46) Protocolo Cuidados Paliativos.

https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf

47) O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Ministério da Saúde. 2012.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

48) Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de

Atenção Básica. Ministério da Saúde 2014.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

49) Protocolo de Prevenção de Lesão por Pressão. Núcleo de Segurança do Paciente. FECCON. Amazonas. 2023.

<https://www.fcecon.am.gov.br/wp-content/uploads/2023/03/PROTOCOLO-DE-LESAO-POR-PRESSAO.pdf>

50) Feridas Crônicas.

http://eerp.usp.br/feridasronicas/recurso_educacional_lp_1_4.html

51) Manual para o cuidado domiciliar. Mato Grosso do Sul. 2021.

<https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/642879/2/LIVRO%20-%20MANUAL%20PARA%20O%20CUIDADO%20DOMICILIAR.pdf>

52) Parecer COREN-SP 041/2012 – CT PRCI nº 99.505/2012.

https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2012_41.pdf

53) Parecer Nº 7/2023. COFEN. Ementa: Análise acerca da legalidade da capacitação do paciente e seu representante legal na assistência específica de aspiração traqueal, pelo Enfermeiro, para atuarem no ambiente domiciliar.

<https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2024/08/Parecer-de-conselheiro-No-07-2023-Marcio-Raleigue.pdf>

54) Aferição de Sinais Vitais. Um indicador do Cuidado Seguro em Idoso. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4): 1071-8.

<https://www.scielo.br/j/tce/a/c7Z8Jf3MMJxRcVd9xchrMNP/?format=pdf&lang=pt>

55) Escala de Avaliação Clínica da Demência. CDR. Ambulatório de Neuro-Geriatria e demências. Hospital das Clínicas de Porto Alegre. RS. 2006.

<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/26142819-escala-de-avaliacao-clinica-da-demencia.pdf>

56) Demência. Diagnóstico Precoce. Ministério da Saúde.

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/demencia/atencao-especializada/diagnostico-precoco/>

57) Escala CDR (Clinical Dementia Rating scale) - Avaliação clínica da demência. Ministério da Saúde.

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/demencia/avaliacao-clinica-da-demencia/>

58) Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP).

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html

59) Resolução CFM nº 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169). *“Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”.*

60) Resolução CFM Nº 1451/1995. Definição de urgência e emergência.

https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1995/1451_1995.pdf

61) Peroni, F. d. M., Gruchovski Veríssimo, L. C., Goes Shibata, L., & Aranco, N. (2023). Envejecimiento y atención a la dependencia en Brasil.

<https://doi.org/10.18235/0004792>

<https://publications.iadb.org/pt/envelhecimento-e-atencao-dependencia-no-brasil>

62) Lei Nº 14.878, de 04 de junho de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências; e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social).

63) Lei Nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados.

64) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar.

<https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>

V – DATA:

04/09/2026

NATJUS – TJMG