

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara da Infância e Juventude

COMARCA: Ipatinga

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2023.0004293

IDADE: 01 ano

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G12.0

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care (internação domiciliar) + insumos

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação de assistência multidisciplinar domiciliar por tempo indeterminado

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicito informações técnicas acerca dos procedimentos disponibilizados para o caso como o dos presentes autos.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de atrofia muscular espinhal tipo 1 (AME 1), para o qual foi requerido assistência de equipe multidisciplinar de reabilitação domiciliar composta por: pediatra, neurologista pediátrico, pneumologista pediátrico, ortopedista pediátrico, nutróloga, nutricionista, fisioterapia motora e respiratória, fonoterapia para linguagem e deglutição, terapia ocupacional, musicoterapia e hidroterapia. Foi solicitada a disponibilização de profissional técnico em enfermagem em período integral, sob a justificativa de que o paciente está sob assistência ventilatória não invasiva por máscara nasal, e que é imprescindível sua aspiração.

Foi solicitado o fornecimento de órtese tipo AFO, colete flexível, circuito respirador completo (bi-nível), máquina de tosse e aspirador portátil e cilindro portátil de oxigênio para transporte, entre outros equipamentos e insumos, além de avaliação respiratória global e motora especializada, com frequência semestral.

*“A **atrofia muscular espinhal** (AME) compreende um grupo de*

doenças caracterizadas por degeneração progressiva dos neurônios motores localizados no corno anterior da medula e nos núcleos de nervos cranianos. A forma mais comum de AME, em mais de 95% dos casos, é causada por mutações no gene SMN1 (survival motor neuron 1) responsável pela codificação da proteína SMN e localizado no cromossomo 5q13”.⁽¹⁾

“A doença é classificada conforme a gravidade e a época do início dos sintomas em, pelo menos, quatro subtipos principais: tipo I, ou doença de Werdnig-Hoffman, tipo II (forma intermediária), tipo III (doença de Kugelberg-Welander) e tipo IV (forma do adulto”.⁽¹⁾

“A mortalidade e a morbidade são relacionadas diretamente com a idade do início das manifestações (A). A maior frequência de óbito ocorre nos casos de início mais recente. Em crianças com o tipo I a média de sobrevivência é sete meses, com a mortalidade de 95% até os 18 meses de vida (A). A principal causa de óbito são as infecções respiratórias. No tipo II o óbito é usualmente ocasionado por complicações respiratórias na adolescência ou adulto jovem”.⁽¹⁾

“A AME do tipo I se caracteriza por início das manifestações antes dos seis meses de vida, grave comprometimento motor (hipotonia e fraqueza muscular) e respiratório (A). Nestes casos, há importante comprometimento bulbar, com a presença de disfagia, fraqueza para sucção e dificuldade respiratória. Não há comprometimento dos músculos oculares extrínsecos, e as crianças apresentam-se alertas. Comprometimento facial é mínimo ou ausente. Fasciculações na língua podem ser observadas. As crianças não adquirem a habilidade de sentar sem apoio. O óbito ocorre, em mais de 90% dos casos, antes dos dois anos de idade”.⁽¹⁾

“A deterioração da função respiratória é a causa mais frequente de morbi-mortalidade nos doentes neuromusculares, contribuindo o apoio ventilatório para uma diminuição das complicações respiratórias”.⁽⁸⁾

“O apoio ventilatório, nomeadamente a ventilação não invasiva domiciliária, tem sofrido grande evolução e expansão, utilizando-se de forma crescente em doentes neuromusculares, desde os primeiros meses de vida e

profilaticamente na tentativa de melhorar a função respiratória e a qualidade de vida”.⁽⁸⁾

“A fraqueza dos músculos respiratórios conduz a uma diminuição da eficácia da tosse e da capacidade de eliminação de secreções e como consequência surgem as infecções respiratórias de repetição e as atelectasias. À medida que a doença progride a disfunção respiratória instala-se, inicialmente durante o sono. A hipoventilação resulta primariamente em hipoxemia e hipercapnia noturnas com despertares frequentes e fragmentação do sono, tornando-se crônica com a progressão da DNM e conduzindo, por fim, a insuficiência respiratória franca com hipercapnia e sintomas diurnos”.⁽⁸⁾

O tratamento desses pacientes abrange os cuidados nutricionais, respiratórios e ortopédicos.

“O comprometimento da musculatura respiratória é um dos pontos críticos na evolução da AME. A fraqueza dos músculos inspiratórios causa a insuficiência ventilatória, enquanto o deficit dos músculos expiratórios dificultam a capacidade de expiração forçada e a depuração das secreções e a fraqueza dos músculos bulbares dificultam a deglutição, o fechamento da glote e a fala”.⁽¹¹⁾

“Por se tratar de uma condição clínica neurodegenerativa progressiva, os tratamentos paliativos são fundamentais, por auxiliar no aumento da expectativa e qualidade de vida dos pacientes. Estudos da história natural da doença comprovam que houve aumento considerável da expectativa e qualidade de vida dos indivíduos com AME 5q tipo I a partir da disponibilidade de tecnologias de cuidado desses pacientes (MERCURI et al.,2012; OSKOUI et al.,2007)”.⁽²⁾

“Recomenda-se a avaliação respiratória contínua, pois os pacientes com AME 5q tipo 1 apresentam um diafragma relativamente forte e músculos intercostais fracos e, somado com a dificuldade de tossir e eliminar o muco, pode resultar em hipoventilação (agravada durante o sono), atelectasia, depuração deficiente das secreções das vias aéreas e infecções recorrentes

(FINKEL et al., 2018; SCHROTH, 2009)".(2)

“A VNI é recomendada para todas as crianças com AME com sintomas respiratórios, com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, e nas crianças que não se assentam mesmo antes do surgimento de sinais de insuficiência respiratória, visando prevenir e minimizar a distorção da parede torácica, melhorar o funcionamento e desenvolvimento pulmonar, atenuar a dispnéia. No entanto, o uso de VNI apresenta algumas limitações, como encontrar uma interface adequada e com bom ajuste para crianças, e devido às complicações de usar a interface por longos períodos de tempo, como por mais de 16 horas por dia, o que pode ocasionar irritações e lesões de pele, hipoplasia da face média, distensão gástrica e êmese (FINKEL et al., 2018; SCHROTH, 2009)".(2)

“A ventilação Não Invasiva (VNI) é um suporte de ventilação assistida realizada através de máscara ou pronga nasal não necessitando de uma prótese invasiva para ventilação como traqueostomia ou tubo orotraqueal. A VNI é considerado o tratamento padrão ouro para doenças neuromusculares, principalmente o tipo capaz de fornecer uma frequência respiratória mandatória, para garantir uma ventilação adequada".(11)

“O uso de VNI mais adequado deve utilizar dois níveis de pressão, pois o aumento de suporte inspiratório reduz esforço, melhorando o volume corrente, e baixas PEEPs promovendo o alívio de sobrecarga muscular, otimizando a ventilação alveolar e a troca gasosa e promovendo a manutenção da capacidade física e Atividades de Vida Diária (AVD’S). Para uma boa adaptação da VNI ao paciente é essencial a escolha de uma interface adequada que seja mais interessante para o quadro do paciente, bem como mais confortável para o mesmo".(11)

A indicação do uso de ventilação não invasiva para a criança, está em conformidade com as diretrizes terapêuticas atuais. A assistência domiciliar, quando realizada com responsabilidade, competência e supervisão, possibilitará muitos benefícios ao paciente e a sua família.

O Protocolo do SUS, não prevê o fornecimento de dispositivo para

ventilação não invasiva, para os cuidados respiratórios do tratamento não farmacológico dos pacientes com diagnóstico da AME tipo 1.

O termo **Home Care - Atenção Domiciliar** (AD) configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, 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 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 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.

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.

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.

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

A indicação de internação domiciliar é temporária, e se instala somente quando há necessidade de execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais habilitados. Procedimentos esses que não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo durante o período de

internação domiciliar, mas que podem ser executados pelos profissionais fora do ambiente hospitalar.

Para períodos de agudização, ocorrendo alteração / flutuações da condição clínica do paciente, o plano de atendimento individual deverá ser revisto e ajustado. Havendo indicação de internação, e sendo possível a instituição de internação domiciliar, essa modalidade de assistência por si só, prevê a necessidade de realização de cuidados especializados que são exclusivos de profissionais habilitados, e que não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo, durante o período de indicação da internação domiciliar.

Na documentação apresentada, não se identifica elementos técnicos que indiquem necessidade de internação domiciliar por tempo indeterminado, com a presença de profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar, exige primeiramente que o paciente tenha condições de permanecer sob tratamento e cuidados em casa, e em segundo plano que a família disponibilize um cuidador responsável (familiar ou contratado).

A assistência sob a modalidade de internação domiciliar se difere e possui finalidade distinta da assistência domiciliar. A internação domiciliar, assim como a internação hospitalar, não são um cuidado prescrito por tempo indeterminado.

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.

Atenção Domiciliar (AD): 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 EMAD 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 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 AD é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde.

“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 ambulatórios de especialidades e de reabilitação (BRASIL, 2016)”.⁽¹⁶⁾

“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)”.⁽¹⁶⁾

“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)”.(16)

Não há evidência científica que indique imprescindibilidade de inclusão de musicoterapia e/ou hidroterapia na assistência multidisciplinar para o tratamento de pacientes com AME tipo 1.

IV – REFERÊNCIAS:

1) Atrofia Muscular Espinhal (AME) – Diagnóstico e Aconselhamento Genético. Associação Médica Brasileira. Janeiro/2021.

<https://amb.org.br/wp-content/uploads/2021/08/ATROFIA-MUSCULAR-ESPINHAL-FINAL-01.02.2021.pdf>

2) Relatório CONITEC nº 492, outubro/2019. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Atrofia Muscular Espinhal 5q Tipo 1

http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_-_Atrofia-Muscular-Espinal_FINAL_492_2019.pdf

3) Portaria Conjunta nº 03, de 18 de janeiro de 2022. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Atrofia Muscular Espinhal 5q tipos 1 e 2.

4) Portaria Conjunta nº 15, de 22 de outubro de 2019. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Atrofia Muscular Espinhal 5q tipo I.

5) Dispositivos ventilatórios não invasivos em crianças portadoras de atrofia muscular espinhal tipo I.

<https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/4177>

- 6) Recomendaciones para el manejo respiratorio de los pacientes con atrofia muscular espinal. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/adp/v92n1/1688-1249-adp-92-01-e401.pdf>
- 7) O impacto do cuidado domiciliar na evolução da síndrome de Werdnig-Hoffmann: relato de caso. Revista Médica de Minas Gerais 2012; 22(4): 458-460. <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/70>
- 8) Apoio ventilatório em doentes neuromusculares - experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Acta Pediatr Port* 2011;42(1):12-6. [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/26/20110624101443_Casuistica_Maia_C_42\(1\).pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/26/20110624101443_Casuistica_Maia_C_42(1).pdf)
- 9) Nota das Sociedades Brasileiras de Neurologia Infantil e de Genética Médica sobre uso de Nusinersena no cenário brasileiro para pacientes com Atrofia Muscular Espinhal 5q. <https://sbni.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Nota-do-Grupo-de-trabalho-AME-SBNI-e-SBGM-1.pdf>
- 10) Atrofia Muscular Espinhal, Análise Descritiva de Uma Série de Casos. Artigo Original. Mafalda PIRES et al, Atrofia muscular espinhal, *Acta Med Port.* 2011; 24(S2):95-102. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1522/1107>
- 11) Procedimento Operacional Padrão. POP/UR/011/2020. Fisioterapia Respiratória ao Paciente com Atrofia Muscular Espinhal. Versão 1.0. <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huac-ufcg/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/pops/2020/dezembro-2020/4-pop-fisioterapia-respiratoria-ao-paciente-com-atrofia-muscular-espinhal.pdf>
- 12) Atrofia muscular espinhal – Apoio ventilatório não invasivo em pediatria. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, vol. XI, núm. 5, septiembre-octubre, 2005, pp. 443-455, Sociedade Portuguesa de Pneumologia Lisboa, Portugal. <https://www.redalyc.org/pdf/1697/169757765003.pdf>

13) 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.*

14) 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.

15) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.

16) 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>

17) Resolução COFEN nº 186/1995.

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

18) Resolução COFEN nº 358/2009.

http://www.cofen.gov.br/resoluo-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%A2ncias.

19) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf>

20) Parecer Técnico COREN-PE nº 041/2016.

http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0412016_8124.html

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

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

22) Parecer Técnico COREN-DF 24/2011.

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

23) 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>

24) 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*”.

25) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013

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

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

28) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar. <https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>

V – DATA:

30/08/2023

NATJUS – TJMG