

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Cível

**COMARCA:** Ubá

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2024.0005001

**IDADE:** 94 anos

**Sexo:** feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** I44

**PEDIDO DA AÇÃO:** *Home Care* na modalidade de internação domiciliar por tempo indeterminado

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Assistência domiciliar contínua com disponibilização de profissional de enfermagem por tempo indeterminado, para realização de cuidados à paciente com dependência total e permanente de terceiros, para as atividades básicas da vida diária.

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Qual a indicação do tratamento para a enfermidade que acomete a paciente, a competência para o seu fornecimento, bem como esclarecer a imprescindibilidade e urgência da medida.

**R.:** A atenção domiciliar, na modalidade de assistência domiciliar, tem previsão na ANS. 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.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, apesar das morbidades e fragilidade apresentada pela paciente, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais sob regime de internação domiciliar, com disponibilização de profissional de enfermagem. Não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados que exijam a execução por profissional de enfermagem.

A modalidade de assistência domiciliar (conjunto de atividades multidisciplinares intermitentes de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio) é compatível com o quadro clínico apresentado pela paciente.

No caso em tela, a paciente tem indicação de assistência domiciliar, e não de internação domiciliar por tempo indeterminado. A prestação do serviço de *Home Care* não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para os cuidados do paciente.

A paciente possui morbidades crônicas geradoras de limitações funcionais permanentes, geradoras de dependência de terceiros para as atividades básicas da vida diária. No entanto, não foram apresentados / identificados sinais e/ou sintomas que caracterizem situação de urgência / emergência médica, conforme critérios técnicos definidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de Doença de Parkinson com 34 anos de evolução, diabetes mellitus tipo 2, DPOC / cor pulmonale (com suplementação de oxigênio para melhor qualidade de vida), hipotireoidismo, insuficiência cardíaca congestiva e arritmia cardíaca (não especificada), gonartrose, síndrome do pânico, déficit visual secundário ao glaucoma e degeneração macular relacionada a idade.

Consta que a paciente sofreu fratura de fêmur em 19/07/2019, que após a fratura ficou acamada, com dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades básicas da vida diária.

Consta cópia de sumário de alta, referente à internação hospitalar no período de 12 a 18/08/2023, devido a quadro de descompensação clínica secundária à pneumonia aspirativa. Paciente evolui satisfatoriamente, com estabilidade clínica, eupneica em ar ambiente, saturação 95%; alta melhorada.

Consta em relatório médico datado de 04/12/2023, que a paciente está em acompanhamento desde agosto/2023, que vem evoluindo com síndrome

da imobilidade, disfagia, pneumonia por aspiração e infecção do trato urinário de repetição, necessitando de internações frequentes. Foi solicitada disponibilização de profissional de enfermagem por tempo indeterminado, para administração de medicamentos, mudança de decúbito, exposição ao banho de sol, alimentação e higiene pessoal.

*“A Organização Mundial da Saúde (OMS) define que 1% da população do mundo acima de 65 anos seja acometida pela Doença de Parkinson (DP). A DP é considerada o segundo distúrbio neurodegenerativo mais comum, afetando cerca de 7,5 milhões de pessoas. Estima-se que para 2030 a porcentagem aumente para 9 milhões de casos, podendo influenciar negativamente no setor econômico, previdenciário, social e de saúde”.*<sup>(18)</sup>

*“A progressão da DP é variável para cada paciente e de acordo com a Escala de Avaliação de Progressão da Doença – Hoehn & Yahr (H&Y – Degree of Disability Scale) a DP apresenta cinco estágios. Nos estágios I, II e III os indivíduos apresentam sintomas de leve a moderado e, nos estágios IV e V, os sintomas são graves. Um estudo feito por Johnell et al., mostrou que com o avançar da doença, a diminuição da independência e a perda da autonomia tendem a se intensificar devido ao aumento da gravidade dos sintomas”.*<sup>(18)</sup>

*“Além disso, com os sintomas típicos acentuados da DP, o indivíduo passa a desenvolver um comportamento sedentário que gera um círculo vicioso de aumento de comorbidades, de dependência física e psicológica, além dos efeitos colaterais advindos dos medicamentos. Como resultado, a aptidão física dos pacientes com DP fica comprometida, levando a um espiral negativo de fadiga, dor e redução da mobilidade, dificuldade para andar, vestir roupa, tomar banho e alimentar-se”.*<sup>(18)</sup>

*“Esta interação negativa entre as deficiências das estruturas e funções do corpo, limitações de atividades e restrições na participação conceitua-se como incapacidade, de acordo com o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Quanto menor a aptidão física de uma pessoa, maior é a sua dependência e mais baixo é o seu nível*

*de atividade física. Logo, há uma maior chance de risco de quedas e fraturas e menor à sobrevivida. Por outro lado, níveis mais elevados de atividade física correlacionam-se com uma melhor aptidão física, como maior capacidade e desempenho de atividades diárias, permanecendo pessoas mais ativas na comunidade”.*<sup>(18)</sup>

*“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 têm 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”.*<sup>(4)</sup>

“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)”.

<sup>(15)</sup>

*“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”.*<sup>(4)</sup>

A figura do cuidador é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte 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 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 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.

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.

Apesar das morbidades e fragilidade apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. A modalidade de assistência domiciliar é compatível com o quadro apresentado pela paciente. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional de enfermagem por 24 horas/dia por tempo indeterminado (situação de internação domiciliar).

A elegibilidade para internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos de necessidade de execução de cuidados /

procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, e também depende que a condição clínica do paciente permita, seja compatível com a execução desses cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD 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 atenção domiciliar ambulatorial na modalidade de assistência domiciliar. Não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de cuidados profissionais com disponibilização de profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem por período integral (24 horas) por tempo indeterminado.

Com a evolução / progressão do quadro, 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 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 habilitados, os quais não podem ser assumidos pelos familiares e/ou cuidador leigo, durante o período de indicação da internação domiciliar, mas podem ser executados pelos profissionais fora do ambiente hospitalar.

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

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 é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado.

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 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 provê 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.

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.

A CONITEC em 04/07/2012 recomendou a incorporação do procedimento oxigenoterapia domiciliar para o tratamento da DPOC,

conforme PCDT a ser elaborado pelo Ministério da Saúde. Os pacientes candidatos à oxigenoterapia domiciliar devem se encontrar clinicamente estáveis e com terapia farmacológica otimizada.<sup>(21)</sup>

Em algumas doenças é preciso que se faça suplementação de oxigênio por um cateter nasal ou máscara em pacientes que preencham critérios específicos. As indicações clássicas de oxigenoterapia domiciliar prolongada (Oxigenoterapia de forma contínua por no mínimo 15h/dia) seguem o Consenso Brasileiro de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT, 2022).

O uso de oxigênio está associado a um melhor desempenho nas atividades da vida diária, ao aumento da tolerância ao exercício e também ao aumento da sobrevida. Nos dias atuais a oxigenoterapia domiciliar por tempo prolongado é o tratamento mais eficaz para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia. A suplementação de oxigênio diminui o trabalho ventilatório, melhora o metabolismo orgânico, as funções cardiovasculares e muscular sistêmica, o desempenho em testes neuropsicológicos, a capacidade de realização das atividades da vida diária, associa-se à melhora do sono, ao aumento do peso corporal e à redução do número de internações.

**Considerando** o caráter progressivo da Doença de Parkinson, a presença de várias comorbidades, a baixa mobilidade, a fragilidade e a dependência permanente instaladas, a assistência multidisciplinar domiciliar intermitente é a modalidade assistencial preferível, e beneficiará a paciente, refletindo em melhora da qualidade de vida.

A paciente tem indicação de prestação de assistência ambulatorial multiprofissional sob regime de assistência multidisciplinar domiciliar ambulatorial intermitente com a participação de profissionais conforme as exigências de seu quadro clínico. É recomendável a elaboração de um plano de atenção domiciliar (PAD) para a paciente, com a especificação da frequência das visitas domiciliares dos profissionais envolvidos (por exemplo: médico, fisioterapeuta, nutricionista, enfermagem, etc).

Não foi identificado nenhum cuidado / procedimento na prescrição médica apresentada, que exija a disponibilização de profissional de enfermagem para a sua realização. Todos os cuidados prescritos para a paciente, que subsidiaram à solicitação, são atribuições previstas para o cuidador (com ou sem vínculo familiar).

A modalidade de assistência nos moldes em que foi requerida, configura situação / solicitação de internação domiciliar por tempo indeterminado, para substituir a necessidade da presença do cuidador por tempo integral. Internação domiciliar ou hospitalar, não é cuidado especializado prescrito por tempo indeterminado.

A autora é paciente idosa, restrita ao leito, com diversas comorbidades, possui dependência total de terceiros para todas as atividades da vida diária. Necessita da presença de um cuidador por 24 horas e de assistência multidisciplinar domiciliar intermitente, a ser definida através de um plano de atenção domiciliar elaborado (PAD) e revisado periodicamente, conforme evolução e necessidade de cada momento clínico.

#### **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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)
- 5) Resolução COFEN nº 186/1995.  
[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995\\_4248.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html)
- 6) 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](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).

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](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](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) 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>

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

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

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

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

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) Aptidão Física e Doença de Parkinson nos Estágios Avançados: Revisão Sistemática. Dornelas L. de F., Borges KVC, Dantas DC. Aptidão física e Doença de Parkinson nos estágios avançados: revisão sistemática. Rev. Contexto & Saúde, 2023;23(47):e13424.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2023.47.13424>

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) Qualidade de vida e o estágio de comprometimento em sujeitos com doença de Parkinson. Cinergis, Santa Cruz do Sul, 18(2):104-108, abr./jun. 2017 ISSN: 2177-4005. DOI: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i2.8527>

21) Portaria Nº - 29, de 25 de setembro de 2012. Torna pública a decisão de incorporar os medicamentos Budesonida, Beclometasona, Fenoterol, Salbutamol, Formoterol e Salmeterol; a Vacina contra Influenza; a Oxigenoterapia domiciliar e os Exames Diagnósticos para Deficiência de Alfa-1 Antitripsina para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica no Sistema Único de Saúde (SUS).

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

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_ventilacao\\_mecanica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf)

23) 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>

**V – DATA:** 29/01/2024

NATJUS – TJMG