NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Única

COMARCA: Campos Altos

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0006869 E 7526

IDADE: 86 anos Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): I10, I49, F32

PEDIDO DA AÇÃO: Assistência Home Care

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Assistência Home Care com disponibilização de profissional técnico em enfermagem, em substituição aos cuidados do cuidador, para idosa que possui hipossuficiência familiar e social.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Há indicação de internação domiciliar? **R.: Não.**

Considerando o relatório médico apresentado, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados que exijam a execução por profissional de enfermagem. O quadro clínico apresentado pela idosa é compatível com a modalidade de assistência de um cuidador, segundo a Portaria GM nº 963/2013.

Atualmente, com o envelhecimento da população brasileira, é muito comum no cotidiano da atenção domiciliar da saúde suplementar e/ou do SUS, deparar-se com situações complexas, seja pelas características clínicas dos pacientes (multimorbidades, polifarmácia, alto grau de dependência, entre outros fatores), seja pelas condições sociofamiliares e econômicas em que se encontram.

No entanto, a prestação do serviço de *Home Care* em qualquer uma de suas modalidades (assistência domiciliar ou internação domiciliar), não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para os cuidados do paciente / idoso.

Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme relatório médico datado de 04/10/2023, consta que a idosa passou por avaliação médica no referido dia e que ela possuía histórico de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, arritmia cardíaca (não especificada) e transtorno depressivo crônico, acamada, com intensa limitação da mobilidade, necessitando do auxílio de terceiros para as atividades básicas da vida diária.

Consta que a paciente não consegue viver só, e que não possui recursos financeiros para o custeio de cuidadores, e que devido à insuficiência familiar e social foi solicitada assistência Home Care por tempo indeterminado, com a disponibilização de profissional técnico em enfermagem em período integral de 24 horas, para auxílio na execução das atividades básicas da vida diária (higiene, alimentação, deambulação e mobilidade, entre outras).

"*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*".[4]

"***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]

Existem muitas demandas ao se cuidar de um familiar idoso e/ou doente, que podem afetar a qualidade de vida e dinâmica familiar. A compreensão da família que está recebendo o cuidado em atenção domiciliar (AD) 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 - **Atenção Domiciliar:** O termo *Home Care* - Atenção Domiciliar (AD), configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, e 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.

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 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.

"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 / domiciliar e com o suporte de uma equipe de atenção domiciliar, conforme definido na Portaria GM nº 963/2013 do Ministério da Saúde - Brasil.

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.

O papel do cuidador varia de acordo com as necessidades específicas de cada paciente e do plano de cuidados domiciliar estabelecido pela equipe do serviço de *Home Care*. O cuidador deve receber orientações e treinamentos dos profissionais de saúde do serviço de *Home Care* para garantir a segurança e o bem-estar do paciente, além de auxiliar / realizar as atividades básicas da vida diária, tais como: higiene / vestuário pessoal, alimentação, administração de medicamentos, alternância de posturas, acompanhamento em consultas médicas, entre outros cuidados.

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 cuidador que atua no contexto da Atenção Domiciliar conforme Portaria GM nº 963 do Ministério da Saúde, deve ser capacitado dentro de um programa de educação continuada, baseado em Procedimentos Operacionais Padrão e protocolos da instituição prestadora de cuidados domiciliar com o objetivo de melhorar o bem-estar e a segurança do paciente crônico.[14]

A elegibilidade para a assistência ou para a internação domiciliar depende do preenchimento de diversos critérios técnicos, essencialmente, da presença ou não da *necessidade de execução de cuidados / procedimentos críticos de execução* ***exclusiva*** *por profissionais de saúde habilitados*, e também depende que a condição clínica do paciente permita; isto é, que seja compatível com a execução dos cuidados profissionais no domicílio em período parcial ou integral. 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, e o relatório médico apresentado, a condição clínica descrita para a idosa é compatível com a prestação de serviço / cuidados de um cuidador treinado.

A prestação do serviço de assistência domiciliar tem por finalidade suprir a necessidade de atendimento pontual especializado no domicílio para paciente crônico, frágil restrito ao leito ou de significativa baixa mobilidade. A assistência *Home Care*, quer seja na modalidade de internação ou assistência / atendimento domiciliar, não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do paciente.

A atenção domiciliar requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos. O processo de atenção domiciliar é complexo, não é específico de patologia e ou grupo etário, e requer articulações entre idoso / 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 paliação, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação a humanização da assistência e a maior autonomia possível do usuário (paciente), família e cuidador.

O ***Programa Melhor em Casa***, faz parte da rede de atenção à saúde do SUS e é dedicado ao cuidado multiprofissional em saúde, pelo tratamento de doenças, prevenção de sequelas, cuidados paliativos e reabilitação intensiva. O Programa é uma iniciativa que oferece cuidado domiciliar para pacientes que precisam de atenção contínua, evitando internações prolongadas e promovendo o conforto e a recuperação no ambiente familiar. Ele é voltado para pessoas que estejam passando por um momento de piora de sua doença e, por limitações temporárias ou permanentes, e que não conseguem se deslocar até uma unidade de saúde. Sem essa possibilidade de atendimento domiciliar, essas pessoas poderiam necessitar de hospitalização. Além disso, o programa ajuda os pacientes que estão hospitalizados a terem alta mais rápido, permitindo que continuem o tratamento em casa, quando for possível.

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.

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, paliação 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.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção domiciliar, está organizada em três modalidades / níveis de complexidade (AD1, AD2 e AD3) definidas a partir da caracterização do paciente cuidado e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar o cuidado dos mesmos. A determinação da modalidade assistencial 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 é oferecida pelo SUS com abordagens diferenciadas, e de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado com menos frequência, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família / Atenção Básica de referência da residência do paciente. Já os casos de maior complexidade são acompanhados pelas equipes multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Melhor em Casa.

Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP); e (Origem: PRT MS/GM 825/2016, Art. 2º, II).

O cuidado em casa é realizado pelas equipes multiprofissionais dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), que incluem:

• Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD): Responsáveis por fornecer cuidados médicos, de enfermagem e outros serviços essenciais diretamente na residência do paciente.

• Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP): Oferecem suporte adicional às EMAD, visando garantir que todas as necessidades do paciente sejam atendidas de forma integrada e eficiente.

• Equipes Multiprofissionais de Apoio para Reabilitação (EMAP-R): Focadas na reabilitação intensiva dos pacientes, auxiliando na recuperação e na melhoria da qualidade de vida através de terapias específicas e personalizadas. São exclusivamente para municípios com menos de 20.000 habitantes.

A EMAD (equipe multidisciplinar de atenção 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.

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

"*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)”. [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 abcesso, 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]

No **caso concreto**, considerando as peculiaridades / vulnerabilidades da idosa / paciente, verifica-se que o necessário auxílio diário para a realização dos cuidados básicos da vida diária, são atribuições compatíveis com a figura do cuidador treinado; que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar / residencial e com o suporte de uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar.

Não se identifica a necessidade de realização de cuidados / procedimentos que exijam a presença / execução por profissionais técnicos em enfermagem. Não se identificam elementos técnicos que justifiquem a presença de profissional técnico em enfermagem 24 horas em substituição à figura do cuidador, para suprir a carência familiar e social da idosa.

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) Resolução COFEN nº 186/1995. 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%AAncias.

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) 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) 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_melho

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

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%BAblica/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 Índex 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

V – DATA:

01/04/2025 NATJUS – TJMG