

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 2ª Vara Cível, Criminal e de Execuções Penais

COMARCA: Carangola

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008030

IDADE: 36 anos

Sexo: masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): T91.3, L89, N39.8, Z43.5, F33.8

PEDIDO DA AÇÃO: Assistência Home Care através de internação domiciliar por tempo indeterminado, medicamentos diversos, suplemento alimentar Nutren®, cama hospitalar, luvas descartáveis para procedimentos, óleo de girassol, fraldas descartáveis e demais insumos.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Internação domiciliar por tempo indeterminado, com disponibilização de profissional técnico em enfermagem em período parcial (12 horas/dia), e visitas programadas dos demais profissionais da saúde.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1) O procedimento pleiteado faz parte de rol da ANS?

R.: Os serviços de atenção domiciliar estão previstos pela ANS.

O Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021 da ANS diz que o termo *Home Care* se refere 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 o Parecer Técnico Nº 29/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018, o Parecer Técnico Nº 21/GEAS/GGRAS/DIPRO/2019 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 dos materiais, insumos e medicamentos requeridos para uso ambulatorial domiciliar, para o tratamento do paciente.

A obrigatoriedade de fornecimento de insumos e medicamentos registrados na ANVISA pela saúde suplementar, está prevista apenas para o tratamento oncológico domiciliar, e para 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).

2) A partir dos elementos constantes dos autos, há evidência da necessidade do tratamento em questão, inclusive dos insumos e do técnico de enfermagem?

R.: No caso concreto o paciente apresenta sequelas de longa evolução (10 anos), secundárias a traumatismos sofridos em março de 2015. Ele tem indicação / necessidade de receber assistência domiciliar multidisciplinar por tempo indeterminado, em conformidade com as exigências de cada momento clínico; assistência essa que deve ser definida através do PAD (Plano de Atenção Domiciliar). O plano de cuidados deve ser monitorado constantemente, para verificar se seus objetivos estão sendo cumpridos e para determinar reajustes das intervenções prescritas, quando necessário.

Não foram identificados elementos técnicos indicativos da necessidade de realização de procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, que exijam disponibilização de profissional técnico de enfermagem por período de 12 horas/dia por tempo indeterminado.

O Técnico e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei do Exercício Profissional e no Decreto que a regulamenta, participam da execução da atenção domiciliar de enfermagem, naquilo que lhe couberem, sob supervisão e orientação do Enfermeiro.⁵

A realização de cuidados/curativos de lesões de pressão de grau II e III, são habitualmente realizados por profissional enfermeiro. A realização desses procedimentos não exige a disponibilização de profissional técnico de enfermagem ou enfermeiro por período de 12 horas/dia. A frequência da realização / troca dos curativos deve ser definida no PAD, com

a participação do enfermeiro e do médico que acompanhe o paciente, devendo essa frequência ser reavaliada periodicamente, em conformidade com a evolução das lesões.

O quadro clínico apresentado pelo paciente é compatível com assistência de enfermagem sem internação domiciliar, em assistência domiciliar. Essa modalidade de assistência inclui a realização de procedimentos como administração de medicamentos endovenosos, curativos, cuidados com sondas e outros cuidados exclusivos de profissionais da enfermagem, mas sem a necessidade de internação do paciente em casa por tempo indeterminado.

O paciente necessita de cuidados domiciliares para a alimentação, medicação oral, higiene pessoal e troca de fraldas, alternância de posturas, entre outros, compatíveis com a função / atribuição do cuidador treinado.

A elegibilidade para a internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos de maior complexidade e necessidade de execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais da saúde 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 das empresas que atuam na prestação de serviço *Home Care*, ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e NEAD (Núcleo de Empresas de Atenção Domiciliar), são critérios mais utilizados para avaliar a complexidade do cuidado domiciliar necessário para cada paciente.

É importante ressaltar que a interpretação dos resultados da avaliação deve ser feita por profissionais de saúde qualificados, levando em consideração o contexto clínico do paciente.

3) Outras informações consideradas úteis na análise jurídica do caso, inclusive quanto à imprescindibilidade e urgência da medida. **R.: Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.**

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente vítima de acidente motociclístico em março/2015 no qual sofreu traumatismo

raquimedular grave. Em virtude das lesões sofridas, o paciente evoluiu com sequelas / limitações funcionais e desenvolveu transtorno depressivo grave, com histórico de tentativas de autoextermínio. O quadro gerou dependência parcial e permanente do auxílio de terceiros para as atividades da vida diária.

Consta que o paciente possui histórico de várias internações devido a infecções do trato urinário (sonda de cistostomia) e dor neuropática crônica. No momento, o paciente encontra-se orientado, acamado devido ao quadro de paraplegia e atrofia dos membros inferiores, com incontinência uro-fecal insensível, em uso de sonda de cistostomia e fraldas descartáveis, alimentando-se por via oral, e apresenta lesões por pressão em região sacral, nádegas e lesão necrótica em calcâneo. Além do uso de vários medicamentos de uso oral e tópico.

Foi solicitada internação domiciliar por tempo indeterminado com a disponibilização de técnico de enfermagem por período de 12 horas/dia, além de fisioterapia três vezes/semana, visitas mensais de médico, enfermeiro e nutricionista; e fornecimento dos medicamentos de uso oral e tópico, cama hospitalar, fraldas descartáveis e demais insumos.

*“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 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.

O serviço / cuidado *Home Care* - Atenção Domiciliar (AD), configura-se em uma modalidade de atenção à saúde, substitutiva 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.

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 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.

A Resolução COFEN nº 766, de 05 de novembro de 2024, aprovou as normas e diretrizes para atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar.

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

No **caso concreto**, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade realização de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional técnico em enfermagem por período de 12 horas/dia por tempo indeterminado.

A realização dos cuidados/curativos das lesões de pressão de grau II e III apresentadas pelo paciente, são habitualmente realizados por profissional enfermeiro. A realização desses procedimentos não exige a disponibilização de profissional técnico de enfermagem ou enfermeiro por período de 12

horas/dia. A frequência da realização / troca dos curativos deve ser definida no PAD, com a participação do enfermeiro e do médico que acompanhe o paciente, devendo essa frequência ser reavaliada periodicamente, em conformidade com a evolução das lesões.

A prestação do serviço de assistência multiprofissional ambulatorial / domiciliar, tem por finalidade suprir a necessidade de atendimento especializado no domicílio a longo prazo, para paciente crônico, frágil restrito ao leito ou de 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, requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde, e não é específico de patologia e ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade apresentado pelo paciente.

No SUS, a **Atenção Domiciliar** (AD) é modalidade de atenção à saúde integrada à 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.

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 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 fará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender às necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento de insumos.

O acompanhamento e cuidados diários de higiene pessoal, cuidados com a higiene local da cistostomia e esvaziamento da bolsa coletora,⁵⁴ alimentações, medicação, alternância de posturas, entre outros cuidados indicados para o paciente, não demandam / exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional técnico de enfermagem por período de 12 horas/dia.

Esse acompanhamento e cuidados diários são atribuições compatíveis com a figura do cuidador treinado, que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar com o suporte de uma equipe multidisciplinar de atenção domiciliar.

A necessidade da realização dos curativos das lesões por pressão, é uma necessidade específica e temporária, que deve ser atendida através do PAD. A definição da frequência de realização dos curativos no domicílio, pelo menos na fase aguda / inicial do tratamento das lesões por pressão, deve ser estabelecida no PAD, que deve ser elaborado com a participação conjunta do enfermeiro e do médico que acompanhem o paciente.

A assistência através das visitas programadas dos demais profissionais da saúde também devem ser definidas no PAD, incluindo assistência de fisioterapia, nutricionista, medicina, entre outras especialidades.

O **fornecimento de fraldas** geriátricas 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 ou responsável 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.

A **cama hospitalar** é uma cama especialmente concebida para o repouso de pacientes ou pessoas que precisam de algum tipo de cuidados com a saúde. A cama hospitalar tem uma série de características, tanto para o conforto e bem-estar do paciente, quanto para a conveniência dos profissionais de saúde. Elas podem ser manuais e motorizadas/elétricas.

A cama hospitalar manual, por exemplo, tem características comuns que são a regulagem de elevação de dorso e a elevação dos pés que é feito por manivelas instaladas na parte da peseira da cama, podendo assim o auxiliar de saúde, regular o paciente na melhor posição possível para o paciente. Levantar a cabeça (conhecido como posição de Fowler) pode proporcionar alguns benefícios para o paciente, o pessoal, ou ambos. A posição do Fowler é usada para sentar o paciente em posição vertical para alimentação ou outras atividades, ou em alguns pacientes, pode facilitar a respiração, ou pode ser

benéfica para o paciente por outras razões. Elevando os pés pode ajudar a facilidade de movimento do paciente em direção à cabeceira da cama e também pode ser necessário para certas condições.

O fornecimento de cama e colchão hospitalar, não estão contemplados no rol de procedimentos e eventos em saúde da ANS, exceto, quando da internação domiciliar em substituição à internação hospitalar. Portanto, não há previsão de fornecimento regular 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

Dieta enteral / suplemento industrializado: A nutrição enteral pode ser classificada como dieta artesanal ou industrial, elementar (monoméricas) e não elementar (semi-elementares ou oligoméricas e poliméricas). As dietas artesanais são produzidas diariamente em condições de higiene, sob orientação de nutricionista, a partir de produtos *in natura*, cozidos, ou não, triturados e peneirados.

Devem ser a primeira opção para o uso domiciliar. Têm o inconveniente de necessitar de manipulação em condições sanitárias adequadas para evitar sua contaminação, pois estão sujeitas a maior risco de contaminação microbiológica e podem apresentar deficiências de micro e macro-nutrientes em sua composição se não forem adequadamente preparadas. Se necessário, em condições específicas, há a possibilidade de modificação e/ou suplementação de sua fórmula, inclusive com produtos industrializados.

Em maio de 2012, o Conselho Regional de Nutrição do Paraná divulgou parecer comparando as dietas artesanais e industrializadas para pacientes com necessidade de nutrição enteral. Os autores concluíram que não existem evidências de superioridade de uma fórmula em relação à outra e podem ser usadas indistintamente, devendo, a dieta artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar.

Dietas e suplementos não são classificados como medicamentos, assim,

não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar pelo SUS e/ou saúde suplementar. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) confere institucionalidade à organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição, bem como ressalta o papel do SUS na agenda de segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Existem diretrizes regulatórias loco-regionais, como em Belo Horizonte, construídas para regulamentar a disponibilização de dieta industrializada.

Não há previsão de obrigatoriedade de fornecimento de dieta enteral industrializada para uso domiciliar, pelo SUS e/ou saúde suplementar (ANS). Existem alguns programas municipais de fornecimento de dieta industrializada para pacientes do SUS.

O SUS possui Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Dor Crônica com disponibilização de alternativas protocolares de terapia farmacológica. Não foram apresentados elementos técnicos indicativos de refratariedade e/ou contraindicação às alternativas regularmente disponíveis na rede pública, para o tratamento das morbidades / condição clínica do paciente em tela.

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.

A afirmação de imprescindibilidade ou não de determinado tratamento em detrimento de outro, requer avaliação completa individualizada contextualizada. Caso o juízo entender necessária uma avaliação

complementar no decorrer do processo, há a possibilidade / indicação de realização de perícia médica.

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-](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)

[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](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://bvsmms.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://bvsmms.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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf

21) 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>

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%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) Cuidado à pessoa em uso de cateter urinário. Orientações para o autocuidado apoiado. Prefeitura do Rio de Janeiro.

https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/CateterUrinario_Folheto_Final.pdf

50) Cuidado domiciliar com sonda de cistostomia suprapúbica: Um relato de experiência. Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas, 2019; 3(2)53-57. DOI: <http://dx.doi.org/10.31512/ricsb.v3i2.2845>

51) 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>

52) Feridas Crônicas.

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

53) 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>

54) 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

55) Cartilha de cuidados domiciliares: dispositivos urinários. 2020.

<https://cdn.campogrande.ms.gov.br/portal/prod/uploads/sites/30/2021/04/cartilha-de-cuidados-domiciliares-dispositivos-urinarios.pdf>

56) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS Nº 1, de 22 de agosto de 2024.

<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/dorcronica-1.pdf>

V – DATA: 10/07/2025 NATJUS – TJMG