

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

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

COMARCA: Manhumirim

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2026.0010336

IDADE: 69 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): F01.9, F03, F02.0, G31.0, Z74.0, L89.3, M62.5.

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care com a disponibilização de profissional técnico em enfermagem 24 horas/dia, fisioterapia respiratória e motora 5 vezes/semana, fonoaudiologia 2 vezes/semana, nutricionista 1 vez/semana, enfermagem mínimo de 1 vez/semana, visitas médicas mensais, equipamentos essenciais: oxigênio contínuo, aspirador de vias aéreas, cama hospitalar, além dos medicamentos (Baclofeno 20 mg/dia, Depakote® 500 mg/dia, Acetilcisteína 600 mg/dia, Clozapina 25 mg/dia, AAS 100 mg/dia, Colírio Systane® UL 3 vezes/dia, Bepantriz® uso tópico labial 3 vezes/dia), dieta enteral industrializada (Isosource Soya®) e insumos necessários.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Prestação continuada de cuidados básicos diários de suporte de vida por tempo indeterminado, para paciente restrita ao leito com incapacidade funcional global, totalmente dependente de terceiros para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Requisite-se Nota Técnica ao NATJUS, para que, com base na documentação médica acostada aos autos, manifeste-se acerca:

b.1) da modalidade de atenção domiciliar indicada ao caso concreto;

R.: Conforme a documentação apresentada, não foram identificados elementos técnicos indicativos da necessidade de serviço *Home Care* na modalidade de internação domiciliar por tempo indeterminado.

A paciente tem indicação de receber serviço de *Home Care* na modalidade de assistência multidisciplinar domiciliar, através de visitas programadas

de profissionais da saúde em conformidade com um plano de atenção domiciliar individualizado (PAD) de acordo com as necessidades de cada momento da evolução clínica da paciente.

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

Não foi identificada a prescrição / necessidade de execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, exigindo a disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas, por tempo indeterminado. Não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de disponibilidade de nutricionista 1 vez/semana e enfermagem (mínimo 1 vez/semana).

b.2) da compatibilidade do quadro clínico da autora com internação domiciliar na modalidade home care no âmbito do SUS;

R.: A paciente tem indicação de receber serviço Home Care na modalidade de assistência multidisciplinar domiciliar, o quadro clínico descrito para a paciente é compatível com assistência na modalidade AD2 e AD3.

b.3) da necessidade, frequência e extensão da equipe multiprofissional pleiteada;

R.: A definição das especialidades e da frequência das visitas dos profissionais envolvidos na prestação da assistência multidisciplinar domiciliar, deve ser estabelecida através do PAD, o qual deverá ser periodicamente revisto.

Não foi identificada a prescrição / necessidade de execução de cuidados / procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, exigindo a disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas, por tempo indeterminado. Não foram identificados elementos técnicos que permitam afirmar imprescindibilidade de disponibilidade de nutricionista 1 vez/semana e enfermagem (mínimo 1 vez/semana).

b.4) da imprescindibilidade dos medicamentos, dieta enteral, equipamentos e insumos requeridos;

R.: Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

b.5) da existência de alternativas terapêuticas disponibilizadas pela rede pública de saúde;

R.: Em 2011 foi instituída a Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD), pela Portaria nº 2029, que criou o Programa Melhor em Casa (PMC) como subsídio à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) pelos municípios.

A atenção domiciliar (AD) é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

Na AD, a assistência ofertada organiza-se em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. A definição da modalidade assistencial relaciona-se à densidade tecnológica, às necessidades de saúde, à periodicidade das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

Os critérios de elegibilidade e inclusão a uma delas podem ser clínicos e administrativos, normatizados pela Portaria nº 825/2016. Consideram-se elegíveis à AD1 aqueles cujo estado de saúde esteja estável, possibilitando que a assistência seja realizada no domicílio, por cuidadores, sob a responsabilidade de acompanhamento mensal pela APS. À AD2 elegem-se aqueles com afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, minimamente semanais, por equipe multiprofissional, e, caso demandem equipamentos e procedimentos de maior complexidade, estes passarão à modalidade de AD3.

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idosa frágil,

restrita ao leito, em virtude de demência progressiva, evoluindo com grave comprometimento funcional global e permanente.

A paciente tem necessidade de um cuidador em período integral para os cuidados de suporte de vida, tais como: higiene e troca de fraldas, alimentação e administração de medicação pela gastrostomia, alternância de posturas e transferências, aspiração e cuidados com as vias aéreas, entre outros cuidados; os quais são compatíveis com a função / atribuição de um cuidador treinado.

Não foi identificada a prescrição / necessidade de execução de procedimentos exclusivos de profissionais habilitados, exigindo a disponibilização de profissional técnico em enfermagem por período integral de 24 horas, por tempo indeterminado.

A paciente tem indicação de receber assistência domiciliar multidisciplinar através de visitas programadas de profissionais da saúde em conformidade com um plano de atenção domiciliar individualizado (PAD), em conformidade com as necessidades de cada momento da evolução clínica da paciente.

Constatou-se que de janeiro de 2018 a junho de 2021 houve o ingresso de 147 ações judiciais de prestação de serviço de cuidados domiciliares especializados para usuários do SUS, às vezes sem a devida indicação técnica, evidenciando um impacto financeiro de R\$ 19.975.076,14, contrariando o princípio da universalidade do SUS, cujo objetivo é a formulação de políticas públicas que visam o atendimento à população geral.⁶⁰

A prestação da assistência domiciliar contínua e por tempo indeterminado, em qualquer uma de suas modalidades, não visa suprir a carência de estrutura familiar e/ou social para a realização dos cuidados de suporte de vida ao paciente.

Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idosa frágil, restrita ao leito, com diagnóstico de demência frontoparietal, evoluindo com debilidade funcional cognitiva e motora progressivas, apresentando no momento atual dependência total do auxílio de terceiros para as atividades

básicas e instrumentais da vida diária.

Consta que a paciente apresentou internações recorrentes devido a graves quadros de pneumonias bronco aspirativas, que recebe medicamentos e alimentação com fórmula industrializada através de gastrostomia desde 2024, apresenta úlcera de pressão em fossas poplíteas, oxigênio suplementar por cateter nasal e eliminações fisiológicas em fraldas.

Laudo de ressonância magnética datado de 06/11/2019, identificou sinais compatíveis com atrofia cerebral e doença microangiopática incipiente da substância branca.

Foi solicitado serviço Home Care com a disponibilização de profissional técnico em enfermagem 24 horas/dia, fisioterapia respiratória e motora 5 vezes/semana, fonoaudiologia 2 vezes/semana, nutricionista 1 vez/semana, enfermagem mínimo de 1 vez/semana, visitas médicas mensais, equipamentos essenciais: oxigênio contínuo, aspirador de vias aéreas, cama hospitalar, além dos medicamentos (Baclofeno 20 mg/dia, Depakote® 500 mg/dia, Acetilcisteína 600 mg/dia, Clozapina 25 mg/dia, AAS 100 mg/dia, Colírio Systane® UL 3 vezes/dia, Bepantriz® uso tópico labial 3 vezes/dia) e insumos necessários.

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

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

A Organização Mundial da Saúde destaca a importância do cuidado domiciliar como uma das respostas aos desafios epidemiológicos, demográficos e socioeconômicos que o mundo atravessa (Hermann, et al, 2018). O Brasil vem apresentando uma transição epidemiológica com mudança nas causas que produzem doenças, seguindo essa tendência

mundial. Isso se deve a mudanças no estilo de vida da população em decorrência da urbanização e de um melhor acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

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

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

O Cuidado Paliativo é uma abordagem que tem por objetivo o alívio do sofrimento humano em qualquer condição em que aconteça. Seus princípios e o conhecimento que agrega pode e deve ser aplicado tanto de forma individual, diante de uma doença que ameaça à vida, quanto diante de uma população que sofre por risco de perda massiva de vidas.

Cuidados paliativos significa não acelerar, nem adiar a morte, e visa *“Permitir a morte digna de um enfermo em fase terminal de doença incurável, garantindo-lhe os cuidados paliativos, não caracteriza omissão e sim a realização ou encerramento de procedimentos que visam garantir o final da vida da forma mais digna ao paciente, com conforto e sem sofrimento. Do ponto de vista ético, se não há benefício esperado, não há justificativa para prover determinado tratamento e, ao suspender medidas invasivas ou deixar de adicioná-las, o médico prevê a morte, mas não a tem como objetivo”*.⁴⁰

Os cuidados paliativos (CP) objetivam cuidados às pessoas que apresentam adoecimento evolutivo, que tendem a subjugar o sujeito às limitações e sofrimento mediante a evolução da doença. Estas pessoas são

mais comumente expostas às doenças crônicas que têm curso progressivo com amplo impacto na qualidade de vida de pacientes e de seus familiares.⁴⁴

O cuidado paliativo não, necessariamente, busca o prolongamento da vida com o postergar da morte, todavia tem como alvo “aliviar a dor e o sofrimento, oferecendo apoio integral ao paciente e seus familiares durante o percurso da doença e, após a morte, acolher os familiares e seu processo de luto (Fitaroni et al., 2021).⁴⁴

É uma abordagem multiprofissional, uma forma de melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças graves. Portanto, cuidado paliativo é um tratamento e não um diagnóstico e beneficia todos os pacientes com doenças graves através de uma série de medidas que abordam as diversas dimensões do ser humano (físico, mental, familiar, social e espiritual).⁴⁴

Devemos reforçar que o cuidado paliativo não é a última tentativa de tratamento na vida de um paciente; não significa interrupção de tratamento médico e não está associado à morte certa. Ao contrário, significa colocar os interesses do ser humano, do paciente no centro das ações, hierarquizando seus valores, individualidades, experiência e vontades. O centro das ações não é a doença e sim o paciente.⁴⁴

A Medicina Paliativa no Brasil foi estabelecida como área de atuação médica através da resolução do Conselho Federal de Medicina 1973/2011, publicada no Diário Oficial da União, em agosto de 2011. Desde então, vem ganhando cada vez mais destaque ao oferecer dignidade e conforto aos pacientes que necessitam desse tratamento.⁴⁴

A Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), instituída no Brasil pela Portaria GM/MS nº 3.681 de 7 de maio de 2024, define as competências e atribuições da Rede de Atenção à Saúde, estabelecendo a formação e organização das equipes de cuidados paliativos em dois formatos: equipe matricial e equipe assistencial. A equipe matricial deve incluir, no mínimo, médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, podendo ser complementada por outros profissionais, como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo e nutricionista, conforme a

necessidade institucional. Já a equipe assistencial deve contar, no mínimo, com médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo e técnicos de enfermagem, podendo também incluir, conforme a necessidade e disponibilidade dos serviços, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dentista, farmacêutico, fonoaudiólogo, nutricionista e profissional de assistência espiritual (Ministério da Saúde, 2024).⁴⁴

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

Existem muitas demandas ao se cuidar de um familiar doente, o que pode afetar a qualidade de vida e dinâmica familiar. A compreensão da família que está recebendo o cuidado em atenção domiciliar é fundamental, e a abordagem familiar domiciliar permite o entendimento das possíveis disfuncionalidades que possam prejudicar o bem-estar biopsicossocial de seus membros. Segundo o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, situações prolongadas ou definitivas de doença podem afligir mais os familiares, levando-os a buscar recursos fora do domicílio para suportar a situação.

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

procedimentos exclusivos de profissionais da saúde habilitados.

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

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

A figura do cuidador é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte técnico de uma equipe de atenção domiciliar, conforme definido na Portaria GM nº 963/2013 do Ministério da Saúde - Brasil.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apesar do progressivo comprometimento funcional apresentado pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos e/ou cuidados especializados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem.

A modalidade de assistência domiciliar multidisciplinar é compatível com o quadro clínico apresentado pela paciente. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência contínua de profissional técnico de enfermagem 24 horas/dia por tempo indeterminado.

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

Empresas de Atenção Domiciliar) são os mais utilizados.

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

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

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

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

No **SUS**, a *Atenção Domiciliar (AD)* é modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. A atenção domiciliar pode ser direcionada a tratamentos de curto prazo para intercorrências agudas, de médio e longo prazo para situações crônicas e sequelares. A EMAD (Equipe Multiprofissional de Assistência Domiciliar) é a principal responsável pelo cuidado do paciente domiciliado.

A diferença entre as EMAD's e as equipes de atenção básica está no tipo de atendimento prestado (especializado para pacientes domiciliados) e na composição da equipe profissional. O cuidado é organizado / realizado através de três modalidades assistenciais: Atenção Domiciliar - AD1, AD2 e AD3. A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

A equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) avalia o quadro do paciente, e elabora o plano de atenção domiciliar (PAD) em conformidade com as necessidades identificadas. O SAD, conforme definido no PAD 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.

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

“A modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. A inclusão para cuidados na modalidade AD2 será baseada na análise da necessidade de saúde do usuário, tomando-se como base as situações tais como usuários com demanda por procedimentos de maior complexidade, que

podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros; dependência de monitoramento frequente de sinais vitais; necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade; adaptação do usuário e/ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia; adaptação do usuário ao uso de órteses/próteses; adaptação de usuários ao uso de sondas e ostomias; acompanhamento domiciliar em pós-operatório; reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem outros serviços de reabilitação; uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica; acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso; necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória; necessidade de cuidados paliativos e necessidade de medicação endovenosa, muscular ou subcutânea, por tempo pré-estabelecido (BRASIL, 2016)".¹⁷

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

*é da equipe da unidade de saúde/ ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)”.*¹⁷

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

Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o Programa Melhor em Casa, indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentem com algum grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para o tratamento, a palição, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação de autonomia do usuário (paciente), família e cuidador.

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

Medicamentos requeridos:

Baclofeno 20 mg: medicamento não disponível na rede pública nacional (RENAME), mas o seu fornecimento pode variar conforme regras locais, por exemplo: <https://saude.df.gov.br/baclofeno-10mg>. Em fevereiro/2022 a CONITEC emitiu parecer desfavorável à incorporação do Baclofeno à rede pública para o tratamento de pacientes adultos com espasticidade, por considerarem escassas as evidências científicas disponíveis, além de antigas e de não mostrar efeito benéfico muito superior ao comparador analisado. Não há alternativas similares no SUS.

<https://www.gov.br/conitec/pt->

br/midias/relatorios/2022/20220317_relatorio_715_baclofenooral_espasticida_de.pdf

O medicamento possui indicação de bula para reduzir e aliviar a rigidez excessiva e/ou espasmos nos músculos que podem ocorrer em várias condições tais como a esclerose múltipla, doenças ou lesões na medula óssea, e certas doenças cerebrais.

Depakote® (divalproato de sódio 500 mg): medicamento não disponível na rede pública nacional. Consta na lista oficial de medicamentos padronizados pelo Ministério da Saúde (RENAME), através do componente básico de assistência farmacêutica, alternativa terapêutica da mesma classe farmacológica: o ácido valproico ou valproato de sódio.

Acetilcisteína 600 mg/dia: A acetilcisteína não foi avaliada pela CONITEC para fins de incorporação regular no Sistema Único de Saúde. O medicamento possui registro na Anvisa, mas não integra a RENAME para indicações ambulatoriais comuns.

A acetilcisteína é um fármaco mucolítico direto que atua sobre as características reológicas do muco, destruindo as pontes de dissulfeto das macromoléculas mucoproteicas presentes na secreção brônquica.

O medicamento é indicado quando se tem dificuldade para expectorar e há muita secreção densa e viscosa, tais como: bronquite crônica e suas exacerbações, enfisema, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite aguda, pneumonia, colapso pulmonar/atelectasia, fibrose cística/mucoviscidose. Também é indicado como antídoto na intoxicação acidental ou voluntária por paracetamol.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/conjur/demandas-judiciais/notas-tecnicas/notas-tecnicas-medicamentos/a/acetilciste-na-atualiz-02-12-2015.pdf/view>

Clozapina 25 mg: medicamento disponível na rede pública através do componente especializado de assistência farmacêutica, para o tratamento farmacológico da Doença de Parkinson, da Esquizofrenia, do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I e do Transtorno Esquizaofetivo.

AAS 100 mg: medicamento disponível na rede pública através do componente

básico de assistência farmacêutica.

Colírio Systane® UL - lubrificante oftálmico: colírio não disponível na rede pública, é usado para alívio do desconforto ocular, ressecamento, irritação, ardor, sensação de areia e corpo estranho, provocados por fatores ambientais como poeira, fumaça, raios ultravioleta, calor seco (sauna), ar-condicionado, vento, cosméticos, exposição prolongada a computadores e/ou aparelhos de televisão.

Em algumas relações regionais de fármacos está disponível Hipromelose. Colírio lubrificante para umidificar a superfície do olho. Hipromelose, abreviatura para hidroxipropilmetilcelulose, é um semi-sintético, inerte, viscoelástico do polímero utilizado como um lubrificante oftálmico.

Bepantriz® (dexpanthenol): a pomada de dexpanthenol não está disponível na rede pública. A distribuição de itens dermatológicos é restrita a casos graves específicos em hospitais ou centros de referência, não incluindo hidratantes ou cicatrizantes de uso diário domiciliar como o dexpanthenol.

Dieta Enteral Industrializada: (Isosource Soya): A terapia de nutrição enteral (TNE), consiste de procedimentos que permitem a administração de nutrientes pelo trato digestivo por via oral, sondas ou ostomias, visando manter e/ou recuperar o estado nutricional do paciente. Indicada a indivíduos com alteração metabólica e/ou fisiológica que cause mudanças restritivas ou suplementares em sua alimentação, relacionadas à utilização biológica de nutrientes ou à via de consumo alimentar (enteral ou parenteral). A terapia alimentar nos casos de necessidades alimentares especiais, difere muito conforme o tipo de alteração fisiológica e metabólica de cada indivíduo. Nesse sentido, uma atenção nutricional bem planejada pode suprir as necessidades nutricionais do indivíduo, sob os aspectos qualitativo e quantitativo, bem como sob a forma de administração dos alimentos. Por isto esta terapia deve ser orientada por nutricionista, quem determinará o tipo e volume de dieta necessário a cada caso.

Os pacientes que mais demandam a TNE são, além dos desnutridos, os em risco nutricional e os com doenças que resultam na impossibilidade de

mastigação e deglutição, como no AVE, câncer de cabeça, pescoço ou esôfago, doenças neurológicas em estágios avançados (Parkinson e Alzheimer). Frequentemente, nestas situações, há indicação de TNE prolongada, sem necessidade de manutenção da internação hospitalar, por estabilização clínica do paciente, sendo a terapia nutricional enteral domiciliar mais indicada. Neste caso a TNE domiciliar é a mais indicada e no Brasil, o uso de dietas artesanais e/ou semi-artesanais incentivado nestes pacientes.

As dietas enterais variam quanto a seu tipo em artesanal ou industrial. As dietas industrializadas são regulamentadas pela ANVISA e contêm macro e micronutrientes em proporções padronizadas. dieta padrão contem proteínas, lipídios, carboidratos, vitaminas e minerais, necessários à nutrição de indivíduos normais. Apresentam custo mais elevado, maior controle de qualidade sanitária, maior comodidade de preparação e composição química definida.

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. Mesmo em dietas especiais, a dieta artesanal pode ser modificada e adequada às necessidades especiais com o uso de soja como proposto no caso. Do ponto de vista de efeito nutricional se comparadas a dieta artesanal e industrializada tem o mesmo efeito, de modo que podem ser usadas indistintamente, devendo, a artesanal, ser a primeira opção para o uso domiciliar em quantidade adequada para cada caso.

O Sistema Único de Saúde (SUS), não trata as dietas e insumos como medicamentos, assim não existe no SUS legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) confere institucionalidade à organização e a 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. Nesse contexto, destaca-se que o cuidado alimentar deverá, sempre que possível, ser realizado por meio de técnicas dietéticas específicas que utilizam os alimentos como base da dieta do indivíduo, mesmo que portadores de necessidades específicas. Excepcionalmente em situação cientificamente justificada, quando esgotadas todas as outras alternativas terapêuticas, existem diretrizes regulatórias loco-regionais, como em Belo Horizonte, Ipatinga, Betim, entre outras, para regulamentar a disponibilização de dieta industrializada.

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

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

É importante destacar que o programa não prevê definição de marca, já que não existe embasamento técnico para tal especificação. Está previsto o fornecimento de até 4 fraldas por dia, o que totaliza 120 fraldas por mês.

Cama/colchão hospitalar é uma tecnologia especificamente concebida para a assistência 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.

A cama hospitalar manual, por exemplo, tem características comuns que são a regulação 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. Elas podem ser manuais e motorizadas/elétricas.

Cama e colchão hospitalar não são contemplados na tabela SIGTAP, portanto não são fornecidos pelo SUS.

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

Conforme a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, **não há** previsão expressa para o **fornecimento obrigatório** de equipamentos para a assistência domiciliar. A resolução diz que a equipe do serviço de atenção domiciliar (SAD) deve elaborar o plano de atenção domiciliar (PAD), e que o SAD, conforme definido no PAD, deve prover os profissionais, equipamentos, materiais e medicamentos de acordo com a modalidade de atenção prestada e o perfil clínico do paciente.

A Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar. Segundo essa resolução, o SAD deve prover equipamentos, medicamentos e materiais conforme definido no plano de atenção domiciliar e eles devem estar regularizados junto à ANVISA.

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

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

No **caso concreto**, a indicação da disponibilização de cuidador para suporte integral as atividades básicas da vida diária para a paciente, não exige a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional técnico de enfermagem. Todos os cuidados e o acompanhamento diário necessário à paciente, são atribuições compatíveis com a figura do(a) cuidador(a) treinado(a), que é aquele familiar ou não, que desenvolve os cuidados no âmbito familiar e com o suporte técnico de uma equipe de *Home Care* / atenção domiciliar.

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

Faz-se necessário ressaltar que a nota técnica tem por finalidade responder de forma preliminar a uma questão clínica sobre potenciais efeitos

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

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-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%20FISIOTERAPIA%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) Velhice não é Doença. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

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

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

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

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

23) 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 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.br/fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAdade-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%BAdade.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://bvsmms.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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf

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

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

50) Feridas Crônicas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

56) Demência. Diagnóstico Precoce. Ministério da Saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

61) Relatório de Recomendação N. 715. Baclofeno para o tratamento da espasticidade. CONITEC. Fevereiro/2022.

[https://www.gov.br/conitec/pt-](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220317_relatorio_715_baclofenooral_espasticidade.pdf)

[br/midias/relatorios/2022/20220317_relatorio_715_baclofenooral_espasticidade.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2022/20220317_relatorio_715_baclofenooral_espasticidade.pdf)
f/@@display-file/file

62) Perguntas e respostas frequentes sobre o reenquadramento de lágrimas artificiais e lubrificantes oculares como medicamentos específicos. ANVISA. 2016.

https://www.gov.br/anvisa/pt-br/setorregulado/regularizacao/medicamentos/fitoterapicos-dinamizados-e-especificos/informes/especificos/perguntas-e-respostas-lubrificantes_revisado.pdf

V – DATA:

07/08/2026

NATJUS – TJMG