

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Cível, da Infância e da Juventude e de Precatórias

COMARCA: Visconde do Rio Branco

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0008557

IDADE: 90 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): J44.1, I10,

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care, medicamentos diversos, fraldas descartáveis.

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Assistência multidisciplinar domiciliar contínua por tempo indeterminado, para paciente idosa, frágil em extremo de idade, que apresenta dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

1) Os procedimentos pleiteados são compatíveis e necessários para o tratamento em questão?

R.: Considerando a idade extrema, a fragilidade, e a condição crônico progressiva da paciente, está indicada a prestação de serviço Home Care na modalidade de assistência domiciliar multidisciplinar. A composição da equipe multidisciplinar e frequência das visitas deve ser avaliada pela equipe do *Home Care*, e ajustadas de acordo com cada momento clínico, através do PAD (plano de atenção domiciliar).

O plano de atenção domiciliar e as avaliações seriadas ao longo do tempo, permitem verificar se há necessidade de modificação da modalidade da assistência *Home Care* em conformidade com a evolução clínica da paciente.

No caso concreto, não foram identificados elementos técnicos que indiquem necessidade de internação domiciliar por tempo indeterminado, com disponibilização de profissional técnico em enfermagem por tempo integral (24 horas) para a realização dos cuidados diários da paciente.

Os cuidados básicos diários de suporte de vida que a paciente necessita

(alimentação, higiene pessoal e troca de fraldas, ministração de dieta e medicação oral, monitoramento respiratório e sinais vitais, mudança de decúbito, entre outros), são atribuições pertinentes e compatíveis com a figura do cuidador treinado.^{53,54}

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 medicamentos requeridos para uso ambulatorial domiciliar, para o tratamento farmacológico das doenças apresentadas pela paciente.

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

A prestação do serviço de *Home Care*, em qualquer uma de suas modalidades (assistência domiciliar multiprofissional ou internação domiciliar), não visa suprir carência de estrutura familiar e/ou social para os cuidados do paciente.

Gentileza reportar-se às demais considerações abaixo.

2) O quadro clínico da requerente demanda tratamento médico extra-hospitalar, na modalidade Home Care? **R.: Sim, na modalidade de assistência domiciliar multidisciplinar. Por quê? R.: Porque os cuidados básicos diários de suporte de vida que a paciente necessita (alimentação, higiene pessoal e troca de fraldas, ministração de dieta e medicação oral, monitoramento respiratório e sinais vitais, mudança de decúbito, entre outros), são atribuições pertinentes e compatíveis com a figura do cuidador treinado.^{53,54} Não há indicação / necessidade de disponibilização de profissional técnico de enfermagem 24 horas por tempo indeterminado. Não foram prescritos / identificados cuidados/ procedimentos que exijam a execução por profissional da saúde habilitado.**

3) O quadro clínico da requerente poderia ser suprido com o auxílio de um cuidador? **R.: Sim. Por quê? R.: Porque cuidados diários de suporte de vida que a paciente necessita (alimentação, higiene pessoal e troca de fraldas, ministração de dieta e medicação oral, monitoramento respiratório e sinais vitais, mudança de decúbito, entre outros), são atribuições pertinentes e compatíveis com a figura do cuidador treinado.**

4) Os procedimentos pleiteados estão contemplados pelo IPSEMG?

R.: É atribuição da ANS definir a amplitude das coberturas no âmbito da saúde suplementar, por meio da publicação e atualização do Rol (art. 10, § 4º, da Lei nº 9.656/1998). No entanto, a Lei n.º 9.656/1998 não inclui a atenção domiciliar entre as coberturas obrigatórias na saúde suplementar, com exceção do fornecimento de bolsas de colostomia, ileostomia e urostomia, sonda vesical de demora e coletor de urina com conector (art. 10-B).

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, atualmente previsto no anexo I da RN n.º 465/2021, vigente a partir de 1º/4/2021, estabelece a cobertura assistencial obrigatória a ser garantida nos planos privados de assistência a saúde contratados a partir de 1º/1/1999 e naqueles adaptados, conforme previsto no art. 35 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, respeitando-se, em todos os casos, as segmentações assistenciais

contratadas.

A RN nº 465/2021 não assegura cobertura para a atenção domiciliar, com exceção daqueles procedimentos que estão expressamente previstos no Rol.

O Parecer Técnico Nº 05/GCITS/GGRAS/DIPRO/2024 da ANS, diz que a atenção domiciliar é definida como “termo genérico que envolve ações de promoção a saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio” (art. 4º, inciso II, da RN n.º 465/2021). Já, a internação domiciliar é o “conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia (art. 4º, inciso III, da RN nº 465/2021).

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.

Nos casos em que a atenção domiciliar não se dá em substituição à internação hospitalar, está deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes (art. 13, parágrafo único, da RN nº 465/2021).

5) Há tratamento alternativo previsto no rol da ANS?

R.: A paciente em tela tem indicação de receber serviço Home Care na modalidade de assistência domiciliar multidisciplinar, sem necessidade de disponibilização de técnico de enfermagem por período integral de 24 horas, para realização dos cuidados de suporte de vida necessários à paciente.

6) Justifica-se a alegação de urgência, conforme definição de Urgência e Emergência do CFM?

R.: Não.

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

“O processo de envelhecimento é um fenômeno fisiológico normal e nunca deve ser confundido com patológico” (Tratado de Medicina Geriátrica. (2015) Pedro Abizanda Soler y Rodríguez Mañas Leocadio. Pag 98. Elsevier Barcelona)”.²¹

“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

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idosa em extrema idade, com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, doença intersticial pulmonar fibrosante e hipertensão pulmonar secundária, evoluindo com dispneia e limitação progressiva, necessitando de suplementação de oxigênio (1 a 1,5 L/min.) por período integral de 24 horas, há cerca de três anos.

A paciente apresentou declínio funcional nos últimos anos, apresentando atualmente dependência total de terceiros para realização das atividades da vida diária, tais como: higiene pessoal, locomoção e alimentação. Possui histórico de evolução natural, com episódios de exacerbação necessitando de internações hospitalares.

Num. 10521121312 - Pág. 1 pede “tratamento médico extra-hospitalar, home care, concernente em acompanhamento profissional de enfermeiro (a) e/ou profissional equivalente, 24 horas por dia e 07 dias por semana, bem como tratamento de médico, fisioterapeuta, medicamentos, fraldas e outros que se fizerem necessários durante a evolução da doença da suplicante que é degenerativa e incurável”.

Num. 10505089824 - Pág. 4 e 5 sumário de alta de internação no período de 30/05/2025 a 06/06/2025. Saturação de oxigênio 94% com suplementação de oxigênio a 1 l/min., frequência respiratória 20 incursões respiratórias/min. “Converso com neta e acompanhante sobre prognóstico reservado e progressão da doença e cuidados não invasivos”.

*“O **processo de envelhecimento** é um fenômeno fisiológico normal e nunca deve ser confundido com patológico” (Tratado de Medicina Geriátrica. (2015) Pedro Abizanda Soler y Rodríguez Mañas Leocadio. Pag 98. Elsevier Barcelona)”.²¹*

“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 as 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

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.

“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

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.*

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

O Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde/2008, traz algumas

tarefas que fazem parte da rotina do cuidador:

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

Apesar das morbidades e fragilidade apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos / cuidados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem.

A modalidade de assistência domiciliar 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 de enfermagem 24 horas/dia por tempo indeterminado (situação que caracteriza internação domiciliar 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 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 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.

Suplementação de Oxigênio no domicílio:

A CONITEC em 04/07/2012 recomendou a incorporação do procedimento oxigenoterapia domiciliar para o tratamento da DPOC, conforme PCDT a ser elaborado pelo Ministério da Saúde. Os pacientes candidatos à oxigenoterapia domiciliar devem se encontrar clinicamente estáveis e com terapia farmacológica otimizada.

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

Nos dias atuais a oxigenoterapia domiciliar por tempo prolongado tem sido recomendada para pacientes com insuficiência respiratória crônica e hipoxemia. No âmbito do SUS e da saúde suplementar, existem opções disponíveis para a oxigenoterapia domiciliar, como o uso de cilindros de oxigênio, dispositivos de máscara ou cateter, e concentradores de oxigênio.

Os critérios para a indicação da oxigenoterapia domiciliar na saúde suplementar incluem:

- PaO₂ inferior a 55 mmHg, ou
- SpO₂ inferior a 88%, ou
- PaO₂ entre 55 e 59 mmHg ou SpO₂ inferior ou igual a 89% e na presença de sinais de hipertensão arterial pulmonar/cor pulmonale (policitemia, edema periférico, turgência jugular, segunda bulha cardíaca hiperfonética, eletrocardiograma com onda p pulmonalis). Havendo indicação de oxigenoterapia de longa duração, é necessário estabelecer o fluxo de oxigênio necessário para manter PaO₂ superior a 60 mmHg e SpO₂ superior a 90%, por meio de um teste com cateter nasal por pelo menos 30 minutos.

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. Não foram apresentados elementos técnicos que indiquem a necessidade de fornecimento de quantidade acima da prevista na rede pública = 120 unidades/mês, quatro trocas por dia.

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.

A obrigatoriedade de fornecimento pela saúde suplementar de insumos e medicamentos registrados na ANVISA, 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).

O fornecimento de cama e colchão hospitalar, também 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 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

Medicamentos de uso oral domiciliar: O SUS possui alternativas terapêuticas para o tratamento farmacológico do quadro de adoecimento da paciente, além de Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Não foram apresentados elementos técnicos indicativos de refratariedade e/ou contraindicação às alternativas farmacológicas regularmente disponíveis na rede pública, para o tratamento das morbidades / condição clínica apresentada pela paciente em tela.

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 pela saúde suplementar de cobertura / fornecimento contínuo e por tempo indeterminado de medicamentos de uso oral e inalatório, porventura utilizados pela paciente.

A obrigatoriedade de fornecimento de medicamentos registrados na ANVISA, está prevista apenas para o tratamento oncológico oral 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).

Os cuidados e o acompanhamento 24 horas/dia indicados para a paciente, não demandam e/ou exigem a presença e execução por profissionais da saúde, mais especificamente profissional da enfermagem. Todos os cuidados e o acompanhamento diário necessário à paciente, são atribuições compatíveis com a figura do cuidador treinado, 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.

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/resoluo-cofen-](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%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/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%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/atengao_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_atengao_domiciliar_melhor_casa.p](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atengao_domiciliar_melhor_casa.pdf)
df

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) 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%20n%C2%B](file:///C:/Users/f0263285/Downloads/Linha%20de%20Cuidado%20e%20Diretrizes%20Assistenciais%20-%20Cuidados%20Paliativos%20%C2%A0(caderno%20n%C2%B)

A2).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/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAdo-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%BAdo.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) 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-](https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2012_41.pdf)

[content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2012_41.pdf](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

V – DATA:

19/06/2026

NATJUS – TJMG