

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: Vara Única

COMARCA: Campos Altos

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2025.0007202

IDADE: 84 anos

Sexo: feminino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): G30.1

PEDIDO DA AÇÃO: Home Care

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Assistência multidisciplinar domiciliar contínua por tempo indeterminado, para paciente idosa com quadro demencial moderado, gerador de dependência total e permanente de terceiros para todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicito a emissão de nota técnica acerca da presente demanda e esclareça se na hipótese dos autos o atendimento pretendido é restrito a assistência domiciliar ou internação domiciliar, bem como se confirme se os cuidados diários necessários à autora demandam exclusivamente de assistência de profissionais de saúde ou podem ser executados por cuidadores e/ou familiares.

R.: No caso concreto não foram identificados elementos técnicos que indiquem necessidade de internação domiciliar com disponibilização de equipe multiprofissional para a realização dos cuidados diários necessários à paciente.

Os cuidados básicos diários de suporte de vida que a paciente necessita tais como exemplo: higiene geral e troca de fraldas, ministração de dieta e medicações, mudanças de decúbito, entre outros, são atribuições pertinentes e compatíveis com a figura do cuidador treinado.

A paciente em tela não preenche requisitos técnicos de indicação de internação domiciliar, tem indicação restrita de assistência domiciliar.

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.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente com diagnóstico de Doença de Alzheimer em acompanhamento desde 2019 com consultas semestrais regulares, em uso de Lavitan Sênior®, Aradois®, Donepezila, Memantina, Menelat®, CoQ10, CBG+CBD 1:2 full spectrum. Apresenta no momento escore clínico de demência moderada, e dependência do cuidado de terceiros para todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Foi solicitado acompanhamento multidisciplinar no domicílio, se possível com a disponibilização de assistência Home Care, com assistência diária com pessoal de enfermagem, fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e nutrição.

*“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)”.²²*

“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)”.²²

“Em todo o mundo, a maior expectativa de vida favorece o aumento do número de pessoas com demência. Recentemente, a demência passou a ser denominada pelo Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V), como Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM) (American Psychiatric Association, 2014). Por ser uma entidade nosológica reconhecida mundialmente ainda como demência, optamos por manter essa expressão ao longo deste artigo. Em 2015, aproximadamente 46,8 milhões de pessoas foram

diagnosticadas com demência, e em 2050 esse número poderá atingir 131,5 milhões (*Alzheimer's Disease International, 2016*).²⁷

*A demência é uma síndrome causada por várias doenças de curso lento, progressivo, evolutivo e de natureza crônica, sendo que o subtipo Doença de Alzheimer (DA) corresponde à maior parte dos casos diagnosticados (Burlá, 2015).*²⁷

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

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

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

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

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

“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

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

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

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

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

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

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

- 1) **Atenção Domiciliar**: termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.
- 2) **Cuidador**: pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.
- 3) **Assistência domiciliar**: conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio.
- 4) **Internação Domiciliar**: conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada.

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.

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

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

Apesar das morbidades e dependência total e permanente apresentada pela paciente, não se identifica a necessidade de realização de procedimentos

e/ou cuidados exclusivos do profissional enfermeiro e/ou técnico em enfermagem. Não se identifica a presença de requisitos técnicos que indiquem a necessidade de assistência diária contínua de profissional de enfermagem no domicílio.

Considerando a Resolução RDC nº 11 de 26/01/2006 da ANVISA, e a *condição clínica descrita para a paciente, a mesma tem indicação de prestação de serviço de atenção domiciliar ambulatorial na **modalidade de assistência domiciliar multiprofissional**.*

A elegibilidade e imprescindibilidade de internação domiciliar depende do preenchimento de critérios técnicos de *necessidade de execução de cuidados / procedimentos **exclusivos** de profissionais habilitados*, e também depende que a condição clínica do paciente permita, seja compatível com a execução desses cuidados profissionais no domicílio. Os critérios da ABEMID (Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar) e da NEAD são os mais utilizados. A paciente em tela não preenche requisitos para indicação de internação domiciliar por tempo indeterminado.

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.*

Com a evolução / progressão do quadro apresentado pela paciente, ocorrendo períodos de agudização com alteração / flutuações da condição clínica descrita, o plano de atenção domiciliar (PAD) deverá ser revisto e ajustado. A prestação do serviço de assistência multiprofissional domiciliar intermitente, tem a finalidade de suprir a necessidade de atendimento especializado no domicílio de paciente dependente e de baixa mobilidade ou impossibilidade física de locomoção até um estabelecimento de saúde.

A assistência *Home Care* na modalidade de assistência e/ou internação domiciliar, não visam suprir a carência da figura do cuidador e de estrutura familiar e/ou social para o cuidado do paciente.

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

Desde de 2011 o Ministério da Saúde instituiu no SUS, o *Programa Melhor em Casa*, indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, temporária ou definitiva, ainda que se apresentem com algum grau de vulnerabilidade, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para o tratamento, a palição, a reabilitação e a prevenção de agravos, visando a ampliação de autonomia do usuário (paciente), família e cuidador. *A inclusão no Programa, se faz pela procura do usuário/cuidador à unidade de saúde*, que dará os encaminhamentos pertinentes, de modo a melhor atender as necessidades apresentadas, incluindo os cuidados e o fornecimento dos insumos.

A 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)”¹⁵

“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)”¹⁵

“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)".¹⁵

O processo de Atenção Domiciliar é complexo, não é específico de patologia e/ou grupo etário, um fator determinante é o grau de incapacidade; requer articulações entre paciente, família e serviços de saúde. *A atenção domiciliar* 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 e *requer a participação ativa da família e dos profissionais envolvidos.*

Considerando os elementos técnicos apresentados, o quadro clínico evolutivo apresentado pela paciente, indica a necessidade de prestação de serviço *Home Care*, na modalidade de assistência multidisciplinar domiciliar contínua por tempo indeterminado, com a participação dos profissionais de saúde em conformidade com as exigências de cada momento clínico. É recomendável a elaboração e revisão periódica de um plano de atenção domiciliar (PAD) para a paciente, com a definição / especificação da especialidade e frequência das visitas domiciliares dos profissionais envolvidos, como por exemplo: médico, enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, entre outros.

Não foi identificado na documentação apresentada, nenhum cuidado / procedimento que exija a disponibilização diária de profissional de enfermagem para a sua realização. Todos os cuidados necessários para a paciente (alimentação, ministração de medicação, higiene, mudanças de postura, entre outros) são atribuições previstas e compatíveis com as atribuições do cuidador treinado (com ou sem vínculo familiar).

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://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf
- 5) Resolução COFEN nº 186/1995.
http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1861995_4248.html
- 6) Resolução COFEN nº 358/2009.
http://www.cofen.gov.br/resoluco-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) Aferição de Sinais Vitais. Um indicador do Cuidado Seguro em Idoso. Teixeira CC, Boaventura RP, Souza ACS, Paranaguá TTB, Bezerra ALQ, Bachion MM, et al. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4): 1071-8. <https://www.scielo.br/j/tce/a/c7Z8Jf3MMJxRcVd9xchrMNP/?format=pdf&lang=pt>
- 12) Resolução CFM nº 1.668 de 07/05/2003. “*Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência*”.
- 13) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013
- 14) Parecer COREN/GO nº 044/CTAP/2020. Assunto: Procedimento de aspiração de traqueostomia por cuidador em ambiente domiciliar.
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) Cuidados com Aspiração de Secreções de Vias Aéreas. Procedimento Operacional Padrão, versão 2.
http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/OXIGENACA O/CUIDADOS_ASP_SECRECOES.pdf
- 17) Luiza Watanabe Dal Bem, Raquel Rapone Gaidiznski. Sistema de classificação de pacientes em assistência domiciliária - Artigos de Revisão. Acta paul. Enferm. 19 (1). Março 2006.
<https://doi.org/10.1590/S0103 - 21002006000100016>
- 18) Aptidão Física e Doença de Parkinson nos Estágios Avançados: Revisão Sistemática. Dornelas L. de F., Borges KVC, Dantas DC. Aptidão física e Doença de Parkinson nos estágios avançados: revisão sistemática. Rev. Contexto & Saúde,

2023;23(47):e13424.

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

19) Escala de HOEHN E YAHR modificada.

<https://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocesinando/AVALIACAO%20FISIOTERAPeutica%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modificada.pdf>

20) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar.

<https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.pdf>

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

22) 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.)

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

[https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-22-09-2022.pdf)

[governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-22-09-2022.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/GuiaDiretrizesAtencaoDomiciliarSAD-22-09-2022.pdf)

24) Atenção Domiciliar no SUS. Resultados do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar.

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao_domiciliar_sus.pdf

25) Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Doença de Alzheimer, Portaria Conjunta SAS/MS nº 13 de 28 de novembro de 2017.

26) Diagnóstico do Paciente com Doença de Alzheimer: Uma Revisão Sistemática de Literatura. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR. Vol.30,n.1,pp.47-50 (Mar – Mai 2020).

27) Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. Psicologia USP, 2020, volume 31, e180023.

28) Monitoring compliance with Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for Alzheimer's disease. Dement Neuropsychol 2020 March;14(1):24-27.

<https://www.scielo.br/j/dn/a/yndLJghfWtCqdfhWMLkzpnK/?lang=en&format=pdf>

29) Portaria Nº 937, de 7 de Abril de 2017. Altera a Portaria nº 111/GM/MS, de 28 de janeiro de 2016. Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), para ampliar a

cobertura de fraldas geriátricas às pessoas com deficiência. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0937_10_04_2017.html.

30) Parecer Técnico NAT nº 4512/2021. NATJUS TJMS.

31) Manual de Atenção Domiciliar. Associação Nacional de Hospitais Privados. Núcleo Nacional das Empresas de Serviços de Atenção Domiciliar.

chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.anahp.com.br/wp-content/uploads/2022/12/Manual_de_Atendimento_Domiciliar_versaofinal.pdf

32) Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar. NEAD

chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.neadsaude.org.br/pdfs/5-FINAL-SITE.pdf

33) Tabela de avaliação para internação domiciliar – NEAD. Secretaria Integrada de Saúde. Senado Federal.

chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.senado.leg.br/transparencia/SECRH/BASF/Anexo/A_02_2014_1005852.pdf

V – DATA:

06/02/2025

NATJUS – TJMG