

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**CÂMARA/VARA:** 2ª Vara Cível

**COMARCA:** Uberaba

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2024.0006872

**IDADE:** 102 anos

**Sexo:** feminino

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** F03, N18, J18.0

**PEDIDO DA AÇÃO:** Home Care

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

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Eficácia da implementação do tratamento domiciliar (Home Care) à autora, incluindo cuidados contínuos e ininterruptos (24 horas), com a instalação de todos os equipamentos necessários, disponibilização de insumos e alocação de equipe multidisciplinar para assistência médica, nutricional e fisioterápica, conforme especificado no relatório médico, para o tratamento para pneumonia complicada com derrame pleural, além de apresentar quadro demencial e doença renal crônica, paciente com 102 anos de idade.

**R.: Conforme a documentação apresentada, o quadro clínico apresentado pela paciente, é compatível com assistência *Home Care* na modalidade de assistência domiciliar (conjunto de atividades multidisciplinares intermitentes de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio).**

**Considerando idade extrema, a fragilidade, às morbidades e a condição de restrição ao leito, a paciente necessita de atendimento multidisciplinar domiciliar. 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 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 e troca de fraldas, ministração de dieta e medicação pela sonda enteral, cuidados com a sonda, monitoramento respiratório e cuidados com a sonda, mudança de decúbito, entre outros), são atribuições pertinentes e compatíveis com a figura do cuidador treinado.

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* 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.

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 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.**

### **III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:**

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idosa de idade extrema (102 anos), restrita ao leito, com diagnóstico de síndrome demencial, insuficiência renal crônica não dialítica, que apresentou episódio de broncopneumonia aspirativa complicada com derrame pleural (CID10 - J18.0), e necessitou de tratamento sob regime de internação hospitalar por longo período. Evoluiu com resolução do motivo da internação, alcançando estabilidade clínica que permitiu a programação da alta hospitalar, condicionada ao fornecimento de assistência *Home Care* por tempo indeterminado.

Consta no documento Num. 10351629782 pág. 8, que a filha da paciente relatou desejo de evitar tratamentos invasivos, e que foi discutido tratamento paliativo. Documento Num. 10351629782 pág. 14 consta que a paciente estava internada recebendo cuidados paliativos (não candidata a IOT, RCP, DVA). Documento Num. 10351580057 - Pág. 112, “familiares optaram pela não colocação do dreno de tórax (indicado pelo Dr. Rubens Peralta)”. Documento Num. 10351629432 - Pág. 641, paciente sem SNE (sonda naso entérica), avaliada possibilidade de realização de gastrostomia. Documento Num. 10351629432 - Pág. 674, pendente EDA agendada para 10/09/24 para inserção de SNE. Documento Num. 10351629432 - Pág. 675, passada sonda enteral através de videoendoscopia em 10/09/2024.

Foi proposta alta hospitalar condicionada à prestação de assistência

*Home Care*, com visitas domiciliares de equipe multidisciplinar composta por (médico geriatra, fisioterapia motora e respiratória 2x/dia, nutricionista e fonoterapia) para treinamento dos familiares para os cuidados contínuos com a paciente, além do fornecimento de fonte de oxigênio para oxigenioterapia sob cateter nasal a 1 l/min para conforto respiratório, medicação de uso oral e inalatória, cama hospitalar e colchão pneumático, aspirador portátil e sondas para aspiração, insumos para administração de dieta enteral, fraldas geriátricas descartáveis na quantidade de 240 unidades/mês (oito trocas/dia).

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”*.<sup>40</sup>

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.<sup>44</sup>

O CP 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).<sup>44</sup>

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).<sup>44</sup>

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.<sup>44</sup>

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.<sup>44</sup>

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).<sup>44</sup>

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 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”.*<sup>4</sup>

**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”.*<sup>4</sup>

“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)".<sup>15</sup>

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.

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 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).

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 prevê 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)".<sup>(17)</sup>

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:

- PaO<sub>2</sub> inferior a 55 mmHg, ou
- SpO<sub>2</sub> inferior a 88%, ou
- PaO<sub>2</sub> entre 55 e 59 mmHg ou SpO<sub>2</sub> 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 PaO<sub>2</sub> superior a 60 mmHg e SpO<sub>2</sub> superior a 90%, por meio de um teste com cateter nasal por pelo menos 30 minutos.

No caso em tela, não foram apresentados elementos técnicos que permitam afirmar, segundo as diretrizes técnicas atuais, a necessidade de oferta / manutenção por tempo indeterminado de oxigenoterapia suplementar domiciliar a 1L/minuto para a paciente.

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

A dispensação gratuita das fraldas está prevista aos idosos e às pessoas com deficiência. Para a obtenção deste benefício o paciente 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.

#### **Dieta enteral industrializada:**

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

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

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

As dietas e suplementos não são classificados como medicamentos, assim não existe legislação nacional determinando o fornecimento de dieta industrializada para uso domiciliar pelo SUS e/ou saúde suplementar. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) confere institucionalidade à organização e oferta dos cuidados relativos à alimentação e nutrição, bem como ressalta o papel do SUS na agenda de segurança alimentar e nutricional e na garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Existem diretrizes regulatórias loco-regionais, como no município de Belo Horizonte, construídas para regulamentar a disponibilização sob protocolo de dieta industrializada.

**Não há previsão de obrigatoriedade de fornecimento de dieta enteral industrializada para uso domiciliar, pela saúde suplementar - ANS.**

Assim no caso em tela, não existem justificativas técnico-científicas e/ou contra-indicações para uso de dieta artesanal pela paciente, já que a luz dos conhecimentos atuais não há benefícios nutricionais com o uso de dietas / suplementos industrializados em substituição a dieta / suplementos artesanais,

e tão pouco, recomendações das sociedades nacionais e internacionais de evidências para seu uso.

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. No entanto, não há obrigação por parte da saúde suplementar de disponibilizar cama e colchão hospitalar para modalidade de assistência domiciliar, modalidade essa indicada para a paciente em tela.

**A cama hospitalar / colchão pneumático** é uma cama especialmente concebida para 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 e cuidadores. Elas podem ser manuais e motorizadas / elétricas.

A cama e colchão hospitalar não são contemplados na tabela SIGTAP, portanto, não são regularmente fornecidos pelo SUS. Em alguns municípios, os equipamentos hospitalares são fornecidos na forma de empréstimo, conforme necessidade do usuário e disponibilidade local. A cama hospitalar está entre os equipamentos que apresentam dificuldades de adaptação no domicílio devido ao seu tamanho, peso e necessidade de transporte. Além disso, trata-se de um bem material oneroso e existem diferentes tipos de camas hospitalares, cada uma com distintos propósitos para atender às necessidades dos pacientes e profissionais de saúde, o que pode dificultar a disponibilidade específica para cada caso.

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).<sup>2</sup>

Em relação ao aspirador portátil, 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.

#### **Medicamentos de uso oral domiciliar:**

*“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).*

*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)”.<sup>31</sup>*

Ainda não há tratamentos / medicamentos que curem ou mesmo impeçam a progressão da síndrome demencial. O tratamento é pautado em estratégias farmacológicas associadas ou não a estratégias não farmacológicas. Existem remédios com efeito sintomático que podem melhorar um pouco as condições de vida do doente.

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 de uso oral e inalatório, 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).

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.

#### **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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf)
- 5) Resolução COFEN nº 186/1995.  
[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995\\_4248.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1861995_4248.html)

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](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](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.

15) Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

- 16) ABMID - Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar.  
<https://conexaohomecare.com/wpcontent/uploads/2016/11/ScoreAbemid.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/augustocessinando/AVALIACAO%20FISIOTERAPEUTICA%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Hoehn%20e%20Yahr%20Modificada.pdf>
- 20) Recomendações para a ventilação mecânica domiciliar / Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 42 p.  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes\\_ventilacao\\_mecanica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/recomendacoes_ventilacao_mecanica.pdf)
- 21) 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>
- 22) Agência Nacional de Vigilância Sanitária Diretoria Colegiada. Resolução – RDC nº 21, de 13 de maio de 2015. Regulamento Técnico sobre Fórmulas Para Nutrição Enteral, seção I do capítulo III da RDC21/2015. DOU. 2015; 91(seção1):28-31. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/RDC\\_21\\_2015.pdf/df60e69d-974d-4204-9fe7-74e8943a135a](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33880/2568070/RDC_21_2015.pdf/df60e69d-974d-4204-9fe7-74e8943a135a).
- 23) Parecer-técnico do Conselho Federal de Nutricionistas 2012. Disponível em: <http://www.crn8.org.br/noticias/2012/parecertecnico.pdf>.

24) Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília. Informativo técnico sobre a terapia nutricional enteral domiciliar, com foco para a dieta. Brasília 2016. 8p. Disponível em: [ecos-rede.nutri.bvs.br/tiki-download\\_file.php?fileId=1553](https://ecos-rede.nutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=1553).

25) Protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para dispensação fórmulas alimentares para adulto e idoso ADULTOS E IDOSOS. [http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo\\_dispensacao\\_formulas\\_alimentares\\_adultoseidosos.pdf](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=protocolo_dispensacao_formulas_alimentares_adultoseidosos.pdf).

26) Bogoni A CRK. Atenção domiciliar a saúde: proposta de dieta enteral artesanal com alimentos de propriedades funcionais. 2012.133f Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí. Itajaí, PR. [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/mestrado/Anna %20Claudia%20da%20Rocha%20Klarmann.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/mestrado/Anna%20Claudia%20da%20Rocha%20Klarmann.pdf).

27) Maniglia FP, Pagnani ACC, Nascimento GG. Desenvolvimento de dieta enteral artesanal com propriedades funcionais. Rev Bras Nutr Clin. 2015; 30(1):66-70. <http://www.braspen.com.br/home/wp-content/uploads/2016/11/12-Desenvolvimento-de-dieta-enteral.pdf>.

28) 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](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/atencao_domiciliar_sus.pdf)

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

30) 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).

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

32) 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=p>

df

33) 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 (PFPB), 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](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0937_10_04_2017.html).

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

35) 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

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

chrome-

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

37) 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

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

39) Resolução CFM nº 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169).

40) Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição revisada e ampliada

<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>

41) Protocolo. Condutas em Cuidados Paliativos.

[https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/01/PR.CCPT\\_.001-00-Condutas-em-Cuidados-Paliativos.pdf](https://ints.org.br/wp-content/uploads/2023/01/PR.CCPT_.001-00-Condutas-em-Cuidados-Paliativos.pdf)

42) Cuidados paliativos - Cuidados de fim de vida.

<https://protocolos.hcrp.usp.br/exportar-pdf.php?idVersao=1230>

43) Cuidados Paliativos. Orientações aos Profissionais da Saúde.

[https://www.fiocruzbrasil.br/wp-](https://www.fiocruzbrasil.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orienta%C3%A7%C3%B5es-aos-profissionais-de-sa%C3%BAde.pdf)

[content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orienta%C3%A7%C3%B5es-aos-profissionais-de-sa%C3%BAde.pdf](https://www.fiocruzbrasil.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orienta%C3%A7%C3%B5es-aos-profissionais-de-sa%C3%BAde.pdf)

44) 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)

45) 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](https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf)

**V – DATA:**

28/11/2024

NATJUS – TJMG