

## NOTA TÉCNICA

### IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

**SOLICITANTE:** MM. Juiz de Direito Dr. Vitor Luís de Almeida

**PROCESSO N.º:** 50255791820228130433

**CÂMARA/VARA:** JESP - 2ª Unidade Jurisdicional - 3º JD

**COMARCA:** Montes Claros

### I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

**REQUERENTE:** MCCDS

**IDADE:** 90 anos

**DOENÇA(S) INFORMADA(S):** G 30.8

**PEDIDO DA AÇÃO:** Assistência domiciliar multidisciplinar

**FINALIDADE / INDICAÇÃO:** Prestação de assistência domiciliar multidisciplinar, para cuidados contínuos à paciente acamada

**REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL:** CRMMG 54.884

**NÚMERO DA SOLICITAÇÃO:** 2022.0003304

### II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

Solicita informações técnicas prévias acerca dos medicamentos/procedimentos postulados, bem como de sua pertinência à patologia apontada, tratamento prescrito e competência administrativa para sua realização.

### III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada trata-se de paciente idosa com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva e arritmia cardíaca não especificada, em uso de marcapasso. Pneumopatia não especificada, doença do refluxo gastroesofágico e síndrome demencial avançada (CDR 3 – demência grave), por provável demência mista (Alzheimer + demência vascular). Em uso contínuo de Digoxina, Concardio® (hemifumarato de bisoprolol), Furosemida, Fluimucil® efervescente (acetilcisteína), Fostair® (dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol), Atrovent® (brometo de ipratrópio) e Domperidona.

Encontra-se acamada, afásica, disfágica, em alimentação pro via oral

com dieta líquida e pastosa, em uso de fraldas por incontinência urinária e fecal, e totalmente dependente do cuidado de terceiros para todas as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Pede cuidador em tempo integral e acompanhamento multidisciplinar por tempo indeterminado com médico, com fisioterapeuta motor e respiratório, com fonoaudiólogo e assistência de enfermagem.

*“**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>18</sup>*

*“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>18</sup>*

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) **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.

6) **Serviço de Atenção Domiciliar - SAD:** instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar.

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 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.

Em relação aos cuidados básicos da vida diária, o supracitado parecer entende que esses cuidados são passíveis de serem executados por um cuidador leigo, após as devidas orientações.

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.

No **caso concreto**, não foi apresentado o PAD (plano de atenção domiciliar) para a paciente. Considerando a documentação apresentada, não foram identificados elementos técnicos que imponham a necessidade de disponibilização de profissional de enfermagem em período parcial ou integral (24 horas). Os cuidados básicos requeridos para a paciente em tela, podem ser assumidos/realizados pelos familiares ou por cuidador leigo orientado.

A disponibilização de profissional de enfermagem por período integral, fica reservada para períodos de agudização, quando houver indicação de internação, e for possível a modalidade de internação domiciliar. A modalidade de internação domiciliar, por si só exige a realização de cuidados especializados e exclusivos desse profissional, não podendo ser assumidos pelo cuidador leigo, durante o período da internação.

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 atenção domiciliar na modalidade de assistência domiciliar. Não foram identificados elementos técnicos indicativos da necessidade de cuidados sob regime de internação domiciliar.

Quanto ao acompanhamento ambulatorial multidisciplinar contínuo por profissionais da saúde nas especialidades de medicina, enfermagem, fisioterapia e fonoaudiologia, a solicitação deve ser especificada através do

plano de atenção domiciliar. Documento individual que contempla o 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.

Não foi identificada regulamentação que imponha obrigatoriedade de fornecimento de fraldas descartáveis aos pacientes para uso domiciliar, pela saúde suplementar. No SUS, o fornecimento de **fraldas geriátricas** foi incluído 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. Está previsto o fornecimento de até 4 fraldas por dia, o que totaliza 120 fraldas por mês.

No SUS estão disponíveis através do componente básico e especializado de assistência farmacêutica, alternativas de terapêutica farmacológica com medicamentos dos diversos grupos farmacológicos protocolares, utilizados para o tratamento das morbidades apresentadas pela paciente/requerente.

**Alternativa farmacêutica:** medicamentos que possuem o mesmo princípio ativo, não necessariamente na mesma dosagem, forma farmacêutica, natureza química (éster, sal, base), porém, oferecem a mesma atividade terapêutica.

**Alternativa terapêutica:** medicamentos que contêm diferentes princípios ativos, indicados para um mesmo objetivo terapêutico ou clínico, mesma

indicação e, almejando o mesmo efeito terapêutico.

**Componente Básico:** Os medicamentos do componente básico de assistência farmacêutica (CBAF), são aqueles destinados à Atenção Primária à Saúde. São adquiridos pelo Governo do Estado com recurso tripartite - federal, estadual e municipal, e distribuídos para os municípios.

O acesso aos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Farmácias Comunitárias ou unidades da Farmácia de Minas. A dispensação desse grupo de medicamentos é responsabilidade dos municípios.

**Componente Especializado:** Os medicamentos do componente especializado de assistência farmacêutica (CEAF), visam garantir no âmbito do SUS, o acesso ao tratamento medicamentoso de doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico prolongado, com alto custo unitário, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, e cujo fornecimento ao paciente é responsabilidade essencialmente do Estado.

O acesso aos medicamentos do Componente Especializado, os quais são fornecidos através de protocolo, ocorre nas Farmácias Regionais de Saúde, mediante deferimento de processo administrativo de solicitação de medicamento.

**1) Digoxina, Furosemida, Atrovent®** (brometo de ipratrópio: medicamentos regularmente disponíveis na rede pública, vide RENAME 2022.

**2) Concardio®** (hemifumarato de bisoprolol): medicamento não disponível na rede pública. É um medicamento da classe dos betabloqueadores de 2ª geração. Age bloqueando seletivamente os receptores beta-1, presentes majoritariamente no coração e nos rins, reduzindo a pressão arterial, a frequência cardíaca e, conseqüentemente, o risco de arritmias ventriculares ou outras complicações cardíacas.

Como alternativa o SUS disponibiliza através do componente básico de assistência farmacêutica, opções de medicamentos da mesma classe farmacológica, betabloqueadores igualmente eficazes para o tratamento da

insuficiência cardíaca. A saber: o carvedilol, o succinato de metoprolol, o atenolol e o propranolol, vide RENAME 2020. Não foram encontradas evidências científicas que permitam afirmar superioridade de eficácia terapêutica do hemifumarato de bisoprolol frente ao carvedilol, ao atenolol ou ao succinato de metoprolol, betabloqueadores regularmente disponíveis na rede pública de saúde.

*“Uma análise que avaliou bases de dados da Noruega, Inglaterra e Alemanha, de pacientes com insuficiência cardíaca, foram incluídos 6.010 pacientes ambulatoriais com IC estável e uma fração de ejeção ventricular esquerda reduzida para os quais foi prescrito bisoprolol, carvedilol ou metoprolol. Os pacientes foram pareados com relação aos equivalentes de dose e escores de propensão para o tratamento com betabloqueador. Na análise univariável da amostra geral, bisoprolol e carvedilol foram ambos associados a mortalidade mais baixa em comparação com succinato de metoprolol (razão de riscos/HR 0,80 IC95% 0,71-0,91,  $P<0,01$ ; e HR 0,86 IC95% 0,78-0,94,  $P<0,01$ , respectivamente). Os pacientes com prescrição de bisoprolol ou carvedilol tiveram mortalidade semelhante (HR 0,94 IC95% 0,82-1,08,  $P=0,37$ ). No entanto, não houve associação significativa entre a escolha do betabloqueador e a mortalidade por todas as causas em qualquer uma das amostras pareadas (HR 0,90 IC95% 0,76-1,06,  $P=0,20$ ; HR 1,10 IC95% 0,93-1,31,  $P=0,24$ ; e HR 1,08 IC95% 0,95-1,22,  $P=0,26$  para bisoprolol vs. carvedilol, bisoprolol vs. succinato de metoprolol e carvedilol vs. succinato de metoprolol, respectivamente).*

*Corroborando aos achados anteriores, uma metanálise, que comparou o uso do carvedilol, um betabloqueador com ação em beta 1 e beta 2, ao metoprolol, bisoprolol ou atenolol, inibidores seletivos de beta 1, em pacientes com insuficiência cardíaca, foram incluídos 8 ensaios clínicos, somando 4.563 pacientes. O que se observou foi que o carvedilol mostrou benefício, reduzindo significativamente a mortalidade por todas as causas quando comparado aos demais fármacos (risco relativo/RR 0,85 IC95% 0,78-0,93,  $P<0,001$ )”.*<sup>8</sup>



**3) Fluimucil®** efervescente (acetilcisteína): medicamento não disponível na rede pública. É um medicamento expectorante. A acetilcisteína é um fármaco mucolítico direto que atua sobre as características reológicas do muco, destruindo as pontes de dissulfeto das macromoléculas mucoproteicas presentes na secreção brônquica. Esta ação farmacológica realiza-se graças à presença de um grupo sulfidrílico(-SH) livre na molécula que lhe proporciona a sua atividade biológica. A ação determina a formação de moléculas com um peso molecular inferior, o que contribui para uma maior fluidez do muco ao reduzir a sua viscosidade.

*“A N-acetilcisteína é um antioxidante clássico que pode reduzir a viscosidade do muco e promover a descarga do muco. Em pacientes com DPOC, altas doses de N-acetilcisteína (600 mg, duas vezes ao dia) podem melhorar significativamente a função pulmonar, reduzir a frequência de exacerbações agudas da DPOC, retardar a readmissão e melhorar a função das pequenas vias aéreas. Um estudo controlado randomizado de 1.006 pacientes com idades entre 40 e 80 anos e tratados em 34 hospitais chineses para DPOC moderada ou grave confirmou que a N-acetilcisteína em alta dose de longo prazo (600 mg, duas vezes ao dia) pode prevenir efetivamente as exacerbações agudas da DPOC. Mesmo pacientes com DPOC moderada, se beneficiaram significativamente. GOLD indica que a N-acetilcisteína pode ser usada para prevenir exacerbações agudas da DPOC. Existem poucas evidências a favor ou contra o uso de N-acetilcisteína em pacientes com asma, fibrose cística pulmonar ou **bronquiectasias**; grandes e rigorosos ensaios são necessários para examinar a segurança e eficácia nestas populações”.*<sup>10</sup>

Não consta na RENAME 2022, medicamento similar substituto.

**4) Fostair®** (dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol): a associação dos medicamentos requeridos, não disponível na rede pública. O dipropionato de beclometasona (corticóide inalatório) está disponível em forma isolada; e o fumarato de formoterol está disponível em forma isolada e associada à budesonida (corticóide inalatório).



Fármacos disponíveis nos SUS, sob protocolo, para o tratamento farmacológico de pneumopatias (asma, DPOC):

- Beclometasona (ICS): cápsula inalante ou pó inalante de 200 e 400 mcg e aerossol de 200 mcg e 250 mcg.
- Budesonida (ICS): cápsula ou pó de inalação e aerossol bucal de 200 mcg e cápsula para inalação de 400 mcg ou pó inalante e aerossol oral de 200 mcg.
- Formoterol + budesonida (LABA + ICS): cápsula ou pó para inalação de 6 mcg + 200 mcg e de 12 mcg + 400 mcg.
- Fenoterol (SABA): solução aerossol de 100 mcg/dose.
- Formoterol (LABA): cápsula ou pó para inalação de 12 mcg.
- Salbutamol (SABA): aerossol oral de 100 mcg e solução para inalação de 5 mg/mL.
- Salmeterol (LABA): pó para inalação de 50 mcg.
- Prednisona: comprimidos de 5 mg e 20 mg.
- Prednisolona: solução oral de 3,0 mg/mL e 1,0 mg/mL.
- Hidrocortisona: pó para solução injetável de 100 mg e 500 mg.
- Brometo de ipratrópio (SAMA): solução para inalação de 0,25 mg/mL e solução para inalação oral de 20mcg/dose.
- Brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol (LAMA + LABA): pó inalante de 62,5 mcg + 25 mcg.
- Brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol (LAMA + LABA): solução para inalação de 2,5 mcg + 2,5 mcg.

*Broncodilatadores beta-2 adrenérgicos de longa ação (LABA); broncodilatadores beta-2 adrenérgicos de curta ação (SABA); broncodilatadores antimuscarínico de longa ação (LAMA); broncodilatadores antimuscarínicos de curta ação (SAMA); Corticosteroide inalatório (ICS).*

No **caso concreto**, não foi especificada qual a pneumopatia a autora possui. Existem no SUS alternativas farmacológicas em apresentação isolada e em combinações de LABA, LAMA e ICS, intercambiáveis. Não foram identificados elementos técnicos que possibilitem afirmar imprescindibilidade de uso específico da associação dos fármacos requeridos (dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol), em detrimento das alternativas

terapêuticas disponíveis na rede pública.

**5) Domperidona:** medicamento não disponível na rede pública, faz parte do grupo de medicamentos neurolépticos, é um antagonista da dopamina, que possui propriedades antieméticas. É comumente utilizado no tratamento dos sintomas de síndromes dispépticas frequentemente associadas a um retardo de esvaziamento gástrico ocasionando náuseas, vômitos, desconforto epigástrico e abdominal, e regurgitação. Apesar de a domperidona ser habitualmente prescrita para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico, tal abordagem terapêutica tem fundamento em limitadas evidências científicas.

O tratamento clínico dos sintomas gastrointestinais envolve estratégias não farmacológicas (dieta, postura, e outras) e farmacológicas. São usados habitualmente medicamentos do grupo dos antiácidos, os procinéticos, inibidores de receptores de histamina H2 e inibidores da bomba de prótons.

Como alternativa o SUS disponibiliza a metoclopramida através do componente básico de assistência farmacêutica, na apresentação de comprimido 10 mg, solução oral 4 mg/mL e solução injetável 5 mg/mL, e o omeprazol na apresentação de cápsulas de 10 e 20 mg, vide RENAME 2022.

#### **IV – REFERÊNCIAS:**

- 1) RENAME 2022.
- 2) Portaria Conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer.
- 3) 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).
- 4) Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. Psicologia USP, 2020, volume 31, e180023.
- 5) 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/ymdLJghfWtCqdfhWMLkzpnK/?lang=en&format=pdf>

6) Avaliação Clínica da Demência. Clinical Dementia Rating (CDR).

<https://www.neurounifesp.com.br/wp-content/uploads/2015/07/CDR-avaliacao-demencia-2014.pdf>

7) EMAD “A missão da Serviço de Atenção Domiciliar é oferecer ações em saúde aos usuários com necessidade de cuidados intermediários entre o Hospital e a Atenção Primária. É um serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). O SAD atende prioritariamente pessoas com doenças agudas ou crônico-agudizadas, idosos frágeis, pessoas com necessidade de cuidados paliativos oncológicos, egressos hospitalares complexos, pessoas com necessidade de suporte ventilatório não-invasivo, dentre outros. O SAD realiza treinamento de cuidador/familiar para manejo de sondas, ostomias e cuidados básicos para pacientes com limitação funcional”.

<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/urgencia-e-emergencia/servico-de-atendimento-domiciliar>

8) Nota Técnica 27181, CNJ.

<https://www.cnj.jus.br/e-natjus/notaTecnica-dados.php?output=pdf&token=nt:27181:1614627683:c8cd85775fdee37a4ce9bf9aa4f191a5ccc23f667ce8f53dfe8c13c135be528d>

9) Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda, Pocket Book Light.

<https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2019/Diretriz%20Brasileira%20de%20Insufici%C3%Aancia%20Card%C3%ADaca%20Cr%C3%B4nica%20e%20Aguda.pdf>

10) Management of airway mucus hypersecretion in chronic airway inflammatory disease: Chinese expert consensus (English edition). International Journal of COPD 2018;13 399–407. doi:10.2147/COPD.S144312

<https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=40318>

11) 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.*

12) Parecer Técnico nº 5/GEAS/GGRAS/DIPRO/2021, ANS. Cobertura: Atenção domiciliar (home care, assistência domiciliar, internação domiciliar, assistência farmacêutica domiciliar).

13) Portaria GM/MS 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.

14) Manual do Serviço de Atenção Domiciliar. Maio de 2020. Prefeitura Municipal de Assis.

<https://saude.assis.sp.gov.br/uploads/documentos/1167508062020111330.pdf>

15) EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar.

<https://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/saibaMais.html>

16) 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”.*

17) Caderno de Atenção Domiciliar, volume 2. Melhor em Casa, A segurança do hospital no conforto do seu lar. Ministério da Saúde. Brasília/DF. 2013

18) 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)

19) 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)

20) Resolução COFEN nº 358/2009.

[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](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)

21) Parecer COREN-SP 01/2019 – CT.

<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2019/11/01-19.pdf>

22) 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)

23) 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)

24) Parecer Técnico COREN-DF 24/2011.

<https://www.coren-df.gov.br/site/parecer-tecnico-coren-df-242011/>

25) 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>

26) Portaria GM/MS nº 2.898, de 03 de novembro de 2021. (RETIFICADO PELO D.O.U SEÇÃO 1 PÁGINA 69 DO DIA 05.11.2021). Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB).

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2898\\_04\\_11\\_2021.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt2898_04_11_2021.html)

27) Portaria GM/MS 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.

28) EMAD - Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar.

<https://sage.saude.gov.br/paineis/melhorCasa/saibaMais.html>

29) Nota Técnica nº 22/2019, Ministério Público do Estado de Minas Gerais. Serviço de Atenção Domiciliar.

## **V – DATA:**

13/12/2022

NATJUS – TJMG