



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar

NOTA TÉCNICA Nº 40/2025-CGADOM/DAHU/SAES/MS

ASSUNTO

Suporte Básico ao Cuidador no Programa Melhor em Casa

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Domiciliar (AD) representa uma estratégia fundamental e integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Caracteriza-se por um conjunto abrangente de ações que visam a prevenção e tratamento de doenças, a reabilitação, a oferta de cuidados paliativos e a promoção da saúde, todas executadas no ambiente do domicílio do paciente. Essa modalidade promove a integralidade do cuidado, estabelecendo uma articulação contínua e coordenada entre os diversos níveis de atenção, desde a vigilância epidemiológica e as intervenções de urgência e emergência até a integração com as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), assegurando uma resposta otimizada às necessidades de saúde do indivíduo em seu contexto habitual.

No cenário da atenção especializada do SUS, a AD é operacionalizada por meio do Programa Melhor em Casa (PMeC). Este programa visa a continuidade do cuidado pré e pós-hospitalar para pacientes em condições agudas, crônico-agudizadas ou complexas, otimizando a rotatividade de leitos e humanizando a assistência. O PMeC proporciona a atuação das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e Equipes Multiprofissionais de Apoio – Reabilitação (EMAP-R), além de incentivar o uso da telessaúde para ampliar o alcance a especialistas e o monitoramento da assistência domiciliar.

Nesse contexto, o cuidador domiciliar se apresenta como um componente importante para a efetividade das ações do PMeC, principalmente para a execução do plano terapêutico, para o monitoramento contínuo da condição clínica do paciente e para a identificação precoce de quaisquer intercorrências. Atuando como um elo importante entre a equipe de saúde e o paciente, o cuidador absorve e aplica orientações fundamentais para a segurança e o bem-estar do indivíduo. Ao reconhecer a importância do cuidador para o sucesso do processo de cuidado, a Coordenação Geral de Atenção Domiciliar enfatiza as estratégias de suporte no cuidado e no cuidado do próprio cuidador, além da qualidade de vida e de sua integridade biopsicossocial, proporcionando a segurança do paciente, a qualidade do cuidado e a conformidade técnico-legal.

2. JUSTIFICATIVA

A inclusão do cuidador na equipe de cuidados na atenção domiciliar exige uma compreensão aprofundada de seu papel, competências e necessidades, a saber:

- **Promoção da segurança do paciente:** Procedimentos realizados por indivíduos

que apoiam o cuidado e que podem gerar eventos adversos, comprometendo a saúde do paciente.

- **Delimitação de responsabilidades:** A definição precisa das atribuições do cuidador, em interface com os profissionais de saúde regulamentados, previne delegações indevidas e estabelece o escopo de corresponsabilidade.
- **Qualidade do cuidado:** A formalização das recomendações para a atuação do cuidador contribui para a padronização e elevação da qualidade do cuidado prestado no ambiente domiciliar.
- **Minimização da sobrecarga do cuidador:** A identificação dos desafios e a implementação de estratégias de suporte e cuidado são essenciais para a manutenção do bem-estar e da saúde do cuidador, evitando o esgotamento físico, emocional e financeiro.
- **Otimização de recursos:** A capacitação e o suporte adequado ao cuidador podem otimizar o uso dos recursos do sistema de saúde, promovendo a desospitalização segura e a continuidade do cuidado.

3. O CUIDADOR NO CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR (PROGRAMA MELHOR EM CASA)

O cuidador, frequentemente um familiar, constitui um elo essencial na Atenção Domiciliar, dada a natureza contínua do cuidado.

3.1. Definição e reconhecimento

- **Definição operacional na AD:** A Atenção Domiciliar considera o cuidador (com ou sem vínculo familiar) como a pessoa capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (RDC ANVISA nº 917/2024).
- **Perspectiva ampliada:** O Caderno de Atenção Domiciliar Vol 1 (2012) reconhece a família, e por extensão o cuidador, como um sistema aberto, dinâmico e complexo, fundamental para a construção da identidade e o desenvolvimento de seus membros. A gestão do cuidado na AD opera sob o conceito do binômio paciente-cuidador, entendendo sua interconexão no processo saúde-doença.

4. ATRIBUIÇÕES E LIMITES DA ATUAÇÃO DO CUIDADOR

A atuação do cuidador no Programa Melhor em Casa deve ser pautada por capacitação e limites claros, especialmente em relação a procedimentos técnicos.

4.1. Atribuições Permissíveis e Capacitação Instrumental

Para a efetividade da AD, os cuidadores são instrumentalizados para realizar procedimentos de menor complexidade, sob supervisão da equipe de saúde, fomentando uma relação de confiança.

Procedimentos para os quais os cuidadores podem ser capacitados incluem:

- Higienização.
- Troca de bolsas coletoras.
- Banho no leito.
- Administração de medicamentos por via oral (VO).

- Registro de horários de sono, frequência de diurese e evacuações.
- Aferição da temperatura.
- Aviso de sinais de alerta.
- Mudança de decúbito.
- Administração de dietas enterais e cuidados com as sondas.
- Hidratação da pele.

A administração de medicamentos via oral (VO) está alinhada com as orientações do Ministério da Saúde (Guia Prático para Cuidador). Em situações de alta hospitalar programada, é recomendável que a capacitação inicial dos cuidadores seja realizada pela equipe hospitalar, com a EMAD/EMAP/EMAP-R assumindo a supervisão e orientação contínua no domicílio, inclusive por meio de oficinas.

4.2. Atribuições Restritas e a Necessidade de Profissionais de Enfermagem

Procedimentos que demandam conhecimento técnico-científico aprofundado e avaliação clínica são considerados atos privativos da Enfermagem e não são atribuições do cuidador leigo. A legislação da Enfermagem (Lei nº 7.498/1986) e as resoluções do COFEN regulamentam rigorosamente estas atribuições:

- **Enfermeiros:** Realizam cuidados diretos complexos, prescrição da assistência de enfermagem e dirigem os serviços.
- **Técnicos em Enfermagem:** Executam ações assistenciais sob supervisão do enfermeiro.
- **Exemplos de Restrições:** Administração de medicamentos injetáveis (que não VO/tópica), curativos complexos, e procedimentos invasivos como sondagens (exceto técnica limpa no cateterismo vesical intermitente após capacitação) são de alçada profissional.

4.2.1. Aspiração Traqueal: Uma Reflexão sobre capacitação

A aspiração traqueal é um procedimento de alta complexidade, reconhecido como ato privativo de profissionais da área da saúde, exigindo conhecimento e técnica específicos.

- **Perspectiva da Enfermagem:** Para a Enfermagem, a aspiração traqueal é ato privativo. As Resoluções COFEN nº 639/2020 e nº 557/2017 especificam que sua execução é restrita a Enfermeiros (para pacientes graves) ou Técnicos de Enfermagem (para pacientes não graves/crônicos em domicílio, sob prescrição e supervisão do Enfermeiro). A regra geral, expressa em resoluções como a COFEN nº 582/2018 e pareceres anteriores (Parecer COFEN nº 007/2016/CTLN), veda expressamente que Enfermeiros treinem cuidadores leigos em práticas que exigem conhecimento técnico-científico da Enfermagem. Esta vedação visa proteger o paciente de riscos associados à realização de procedimentos complexos por indivíduos sem a formação formal necessária.
- **Perspectiva da Fisioterapia:** O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), por meio de seu Plenário, em 5 de setembro de 2016, aprovou parecer da Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiorrespiratória e Fisioterapia em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), que reconhece a aspiração traqueal como um componente do protocolo fisioterapêutico. Segundo a Resolução-COFFITO nº 400, de 3 de agosto de 2011, o fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Respiratória está habilitado a aplicar métodos, técnicas e recursos

de remoção de secreção, o que inclui a aspiração traqueal. O parecer conclui que a aspiração traqueal é função do fisioterapeuta, quando este a considerar necessária, no momento ou imediatamente após a realização de sua conduta fisioterapêutica (Fonte: COFFITO - Parecer sobre a realização do procedimento de aspiração traqueal por fisioterapeutas, 05/09/2016).

- **Perspectiva da Fonoaudiologia:** O Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), em conformidade com as atribuições conferidas pela Lei nº 6.965/1981, pelo Decreto nº 87.218/1982 e pelo Regimento Interno, reconhece a Fonoaudiologia Hospitalar como uma área de especialidade, estabelecendo que o profissional fonoaudiólogo habilitado a esse título possui competências para realizar a aspiração de vias aéreas, o manejo de traqueostomias — o que inclui higienização, orientação à equipe e cuidadores sobre a cânula, manipulação do *cuff*, adaptação de válvulas fonatórias e de deglutição —, além de atuar nas adaptações de próteses traqueoesofágicas e no gerenciamento de traqueostomias, com ou sem fenestras, conforme a necessidade ou indicação de decanulação.
- **Nuance da Capacitação do Cuidador Familiar Leigo:** O Parecer COFEN nº 22/2022 introduziu uma reflexão crucial sobre a capacitação do cuidador familiar leigo para a realização de aspiração traqueal no ambiente domiciliar. Este parecer conclui pela legalidade de o Enfermeiro capacitar e delegar ao paciente, cuidador familiar leigo e/ou responsável legal a realização de aspiração traqueal à nível domiciliar. A justificativa reside no reconhecimento de que a situação familiar em casa é distinta do ambiente institucional formal e que o cuidado do familiar é essencial para a desospitalização.

É fundamental compreender: A aspiração de secreção traqueal realizada por cuidadores é direcionada especificamente ao familiar leigo ou responsável legal que assume o cuidado direto e contínuo no próprio lar do paciente, e que não possui vínculo empregatício formal com serviços de saúde. Ela não se estende a cuidadores profissionais contratados por serviços de saúde ou a cuidadores que atuam em instituições formais. Para os Serviços de Atenção Domiciliar (como o Programa Melhor em Casa), a responsabilidade pela execução da aspiração traqueal em seus pacientes permanece sendo dos profissionais de Enfermagem (Enfermeiros ou Técnicos), conforme suas respectivas atribuições, garantindo a segurança e qualidade do cuidado. No entanto, nesta perspectiva, o enfermeiro pode realizar o treinamento do familiar e permissão para a realização da técnica, neste contexto, visando ao suporte e à continuidade em um cenário muito específico de cuidado familiar intensivo.

Importante ressaltar que, a RESOLUÇÃO COFFITO nº 565/2022, que normatiza a atuação do fisioterapeuta e da equipe de Fisioterapia na Atenção Domiciliar apresenta a possibilidade de orientações ao cuidador quanto aos cuidados básicos para melhora do quadro funcional do paciente.

5. ABORDAGEM SISTEMATIZADA PARA O SUPORTE AO CUIDADOR NO PROGRAMA MELHOR EM CASA

A efetividade e a sustentabilidade do cuidado domiciliar dependem significativamente da qualidade de vida do cuidador. No âmbito do Programa Melhor em Casa, o cuidador atua como um participante corresponsável na gestão do cuidado, essencial para a continuidade da assistência. Contudo, essa responsabilidade pode resultar em sobrecarga que pode comprometer a própria saúde do cuidador e, por extensão, a segurança e a qualidade do cuidado prestado ao paciente. Para mitigar esses riscos e promover a resiliência do cuidador, o PMeC recomenda uma abordagem estruturada e preventiva.

5.1. Reconhecimento da participação e dos desafios do Cuidador

A participação do cuidador na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), na discussão e negociação das ações, é importante para o vínculo e o sucesso do processo. A comunicação e o compartilhamento do plano de cuidado entre todas as partes envolvidas (paciente, família, cuidador e profissionais de saúde) são fundamentais. O acolhimento pela equipe de saúde inclui a escuta qualificada das necessidades do binômio paciente-cuidador, reorganizando o processo de trabalho para atendê-las, inclusive na orientação para biossegurança e gerenciamento de resíduos.

Apesar de seu papel indispensável, o cuidador enfrenta desafios marcantes:

- **Aspectos psicossociais e emocionais:** A sobrecarga é uma complicação psicossocial comum, associada a diversas condições clínicas do paciente. O cuidado contínuo pode gerar sentimentos complexos como culpa, mágoa, ressentimentos e abdicação. O medo de lidar com a morte iminente e a apreensão com sintomas paliativos são preocupações que a equipe deve abordar, promovendo confiança. O estresse do cuidador se torna fator de risco para eventos adversos em relação à segurança do paciente.
- **Carga financeira:** Significativa parte dos gastos com o cuidado pode recair sobre a família, demandando garantia de medicamentos e insumos básicos.
- **Risco de iatrogenias:** A iatrogenia praticada pelo cuidador é uma situação particular na atenção domiciliar. A equipe é corresponsável e deve gerenciar os riscos, avaliando os limites de atuação individualmente e orientando as famílias sobre como agir em situações de erros na administração de medicamentos ou cuidados com ventilador mecânico domiciliar, por exemplo. A utilização de ferramentas pelos profissionais para identificar e mitigar riscos se torna importante para direcionar a atuação do cuidador. A Classificação Brasileira de Diagnósticos Fisioterapêuticos (CBDF) oportuniza a vigilância quando utilizada pelo profissional, identificando riscos para saúde cinético-funcional relacionados a dispositivos, equipamentos e ao ambiente propriamente dito.

5.2. Identificação de risco e Fluxo de avaliação da sobrecarga

A identificação precoce de situações que podem levar à sobrecarga do cuidador é um passo fundamental. A equipe de atenção domiciliar deve estar atenta a indicadores que sinalizam risco ou sobrecarga já estabelecida, tais como:

- **Presença de cuidador único:** Quando apenas uma pessoa assume a responsabilidade integral pelo paciente no domicílio.
- **Dependência funcional do paciente:** Pacientes com dependência moderada ou grave para as atividades da vida diária ou que requerem cuidados de maior complexidade.
- **Sinais de sobrecarga:** Relatos de cansaço excessivo, fadiga, conflitos familiares relacionados ao cuidado, faltas a compromissos pessoais, ou dificuldades na adesão às orientações de saúde.
- **Transição recente de cuidado:** Situações de pós-alta hospitalar de pacientes com fragilidade clínica.
- **Vulnerabilidade social:** Fatores como baixa renda, condições habitacionais precárias ou uma rede de apoio familiar e comunitária limitada.

Para uma intervenção direcionada, o fluxo de atendimento ao cuidador pode ser organizado em etapas sequenciais:

- **Triagem inicial:** Na admissão do paciente no PMeC, a equipe aplica ferramentas

para coletar dados iniciais sobre o cuidador e seu contexto.

- **Avaliação da sobrecarga:** Recomenda-se a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (ZBI – *Zarit Burden Interview*) que pode ser aplicada para mensurar o grau de sobrecarga. A reaplicação é recomendada periodicamente (a cada três a seis meses), sendo mais frequente em casos de sobrecarga elevada ou diante de mudanças significativas.
- **Avaliação complementar:** Em situações em que o cuidador relata sintomas psicológicos importantes, ou quando a ZBI indica sobrecarga moderada a alta, a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale*) pode ser recomendada para uma avaliação mais aprofundada.

A estratificação de risco pode ser obtida com base nos resultados das avaliações da ZBI e na análise dos fatores contextuais, em que o risco de saúde do cuidador pode ser classificado em níveis, que orientam as condutas da equipe:

- **Nível Verde (Baixo Risco):** Sobrecarga mínima ou ausente, com rede de apoio adequada. As intervenções incluem orientações básicas, fornecimento de material educativo e acompanhamento programado pela Atenção Primária.
- **Nível Amarelo (Risco Moderado):** Sobrecarga leve a moderada. É desenvolvido um plano educativo estruturado, com visitas domiciliares adicionais, encaminhamento para grupos de cuidadores e avaliação socioeconômica, além de suporte psicológico breve se necessário.
- **Nível Laranja (Risco Moderado-Alto):** Sobrecarga moderada a elevada. As ações contemplam acompanhamento psicológico regular, ampliação da rede de suporte ao cuidador, revisão do projeto terapêutico do paciente e monitoramento telefônico frequente.
- **Nível Vermelho (Alto Risco):** Sobrecarga extrema, com risco de abandono ou negligência involuntária. É ativada uma força-tarefa multiprofissional, com atendimento especializado em saúde mental, visitas domiciliares conjuntas e reuniões familiares mediadas para resolução de conflitos e organização do cuidado.

5.3. Projeto de cuidado individualizado e monitoramento

Após a estratificação, um projeto de cuidado individualizado é elaborado para o cuidador. Este projeto estabelece metas claras e direciona as intervenções da equipe multiprofissional. A implementação envolve ações educativas, adaptações ambientais e o suporte psicossocial pertinente a cada caso. O monitoramento contínuo, com reavaliações periódicas, permite ajustar o plano conforme a evolução das necessidades do cuidador. A reavaliação do plano de cuidados do paciente também pode ser necessária em situações de sobrecarga significativa do cuidador, a fim de identificar possibilidades de alívio da carga, como o uso de tecnologias assistivas, a readequação de rotinas ou a organização de uma rede maior de apoio. Recomenda-se inserir no fluxo a referência no SUS do cuidado para local de assistência recomendada, de acordo com a necessidade clínica, funcional e psicológica do cuidador.

5.4. Estratégias de Suporte e Capacitação

A equipe de Atenção Domiciliar tem a responsabilidade de prover suporte abrangente aos cuidadores, integrando aspectos práticos, emocionais e sociais por meio de diversas estratégias:

5.4.1. Capacitação e Treinamento para Passagem do Cuidado (TPC)

O TPC é uma estratégia fundamental para capacitar o cuidador a realizar tarefas essenciais com segurança e minimizar a sobrecarga física e emocional. O método

envolve:

- **Microaula teórica:** Breve explanação sobre a tarefa.
- **Demonstração prática:** O profissional de saúde demonstra a execução.
- **Prática guiada:** O cuidador pratica sob supervisão.
- Validação da compreensão (*Teach-back*): O cuidador explica e demonstra o que aprendeu.

Como reforço, deve haver material resumido para consulta. O objetivo é que o cuidador alcance um nível de competência em que execute as tarefas de forma correta e segura. Os treinamentos incluem:

- Manuseio de equipamentos (Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, Ventilação Mecânica Domiciliar Invasiva e Não Invasiva), riscos e manejo.
- Aspiração de secreção traqueal, conforme discutido na Seção 4.2.1. desta nota.
- Identificação de sinais de alerta para intercorrências comuns (hipoglicemia, dispneia, febre, náuseas/vômitos, crises convulsivas, quedas, diarreia, delirium, dor abdominal, AVC, broncoaspiração, sangramento) e como acionar a equipe ou serviços de urgência.
- Orientações sobre procedimentos específicos, como manejo de obstrução de sonda nasoenteral e sinais de risco para broncoaspiração.
- Educação Estruturada com roteiros padronizados e materiais ilustrados.
- Estratégias de redução da sobrecarga (técnicas de conservação de energia, otimização de horários, organização, agilidade, divisão de responsabilidades, teleapoio).
- O método *teach-back* é aplicado sistematicamente após orientações críticas para confirmar a compreensão do cuidador.

5.4.2. Apoio Psicossocial e Emocional

Ações visam o bem-estar mental do cuidador:

- Escuta qualificada das dificuldades e medos.
- Fomento à rede de suporte (familiares, vizinhos, grupos religiosos).
- Compreensão da dinâmica familiar, abordando sentimentos como culpa ou ressentimento.
- Prevenção do luto complicado em cuidados paliativos, com sistema de apoio e respeito às crenças.

5.4.3. Orientação para situações críticas e fim de vida

A equipe fornece orientações claras para momentos sensíveis:

- Manejo de sintomas paliativos e discussões sobre alimentação no final da vida.
- Planejamento antecipado do óbito no domicílio (procedimentos, acionamento do SAMU, emissão da Declaração de Óbito - DO).
- Suporte burocrático pós-óbito, com informações sobre documentos e contatos.

- Realização de visita de encerramento para escuta, avaliação e apoio ao luto.

5.4.4. Encaminhamento e Suporte Interprofissional

Com base na avaliação da sobrecarga, a equipe estabelece um fluxo claro de encaminhamento para serviços e profissionais adequados, dentro e fora do sistema de saúde:

- **Psicossocial:** Para cuidadores com sobrecarga moderada a grave ou sinais de sofrimento psíquico (ansiedade, depressão, estresse crônico), com coordenação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
- **Fisioterapia e Terapia Ocupacional:** Para queixas musculoesqueléticas, fadiga física, dificuldades em tarefas que demandem esforço, buscando orientação postural, exercícios terapêuticos, ergonomia e tecnologias assistivas.
- **Saúde Bucal:** Para prevenção e tratamento de cáries, doenças periodontais e outras condições impactadas pelo estresse e negligência do autocuidado.
- **Apoio Social e Comunitário:** Para cuidadores em isolamento ou com rede de apoio fragilizada, facilitando o acesso a grupos de apoio, associações e serviços de assistência social.
- **Orientação Nutricional:** Em casos de sobrecarga que afete a alimentação do cuidador, ou para manejo de dietas específicas do paciente.
- **Educação Continuada, Letramento em Saúde e Psicoeducação:** Oportunidades de educação sobre manejo de estresse, autocuidado, técnicas de comunicação e resiliência.
- **Outras ações transversais:** Simplificação medicamentosa (revisão de prescrições, ajustes de horários), ergonomia e adaptações ambientais, e desenvolvimento de plano de sinais de alerta com instruções objetivas.

Essa abordagem sistematizada visa garantir que o suporte ao cuidador seja contínuo, adaptado às suas necessidades e integrado ao cuidado do paciente no PMeC, reconhecendo o cuidador como um indivíduo com necessidades próprias que impactam diretamente a qualidade e a sustentabilidade da assistência prestada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecer o cuidador como parte do binômio paciente-cuidador é condição para a efetividade do cuidado centrado no domicílio: sua atuação deve ter escopo claramente delimitado, apoio técnico contínuo e capacitação estruturada para tarefas de menor complexidade. A gestão do cuidado requer estratificação de risco da sobrecarga (com instrumentos validados), plano individualizado e monitoramento periódico, acionando quando necessário o suporte interprofissional e redes psicossociais. Ao mesmo tempo, a observância das atribuições privativas dos profissionais e das normas vigentes assegura segurança do paciente e conformidade técnico-legal. Integrar educação, biossegurança, simplificação de rotinas e tecnologias assistivas sustenta a desospitalização segura e protege a saúde do cuidador, tornando o Programa Melhor em Casa mais humano, resolutivo e sustentável.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de Atenção Domiciliar: volume 2. Brasília:

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 917, de 16 de maio de 2024. Dispõe sobre os requisitos de boas práticas para o funcionamento de serviços de atenção domiciliar. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 mai. 2024.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 502, de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de caráter residencial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 mai. 2021.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.
5. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1986.
6. Brasil. Decreto nº 50.812, de 24 de junho de 1961. Dispõe sobre o exercício da profissão de Enfermeiro e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 jun. 1961.
7. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº 639/2020. Dispõe sobre a normatização da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - para os Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN; 2020 May 13. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-639-2020_81432.html
8. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN Nº 0557/2017. Dispõe sobre a atuação do Enfermeiro na assistência direta e supervisão de aspiração de vias aéreas superiores e inferiores. Brasília, DF: COFEN; 2017 Jul 27. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54714.html
9. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 582, de 26 de novembro de 2018. Dispõe sobre a proibição de enfermeiros ensinarem cuidadores a realizar práticas que exijam conhecimento técnico-científico de enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 nov. 2018.
10. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parecer Nº 007/2016/CTLN. Competência do enfermeiro para orientar e delegar a técnica de aspiração de vias aéreas a leigos. Brasília, DF: COFEN; 2016 Jan 28. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-no-0072016ctl_n_40776.html
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Despacho Nº 144/2016/CTLN/COFEN. Assunto: Treinamento de cuidadores leigos para aspiração de vias aéreas. Brasília, DF: COFEN; 2016.
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parecer Nº 22/2022/CTLN. Referente à legalidade de o enfermeiro capacitar e delegar ao paciente, cuidador familiar leigo e/ou responsável legal a realização de aspiração de vias aéreas por traqueostomia/orofaringe a nível domiciliar. Brasília, DF: COFEN; 2022 Apr 19. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/parecer-no-22-2022-ctl_n_96985.html
13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Parecer COFEN nº 70/2023/COFEN/CTLN. Assunto: Capacitação de familiar/responsável legal para nutrição parenteral domiciliar. Brasília, DF: COFEN; 2023.

14. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Parecer sobre a realização do procedimento de aspiração traqueal por fisioterapeutas [Internet]. Brasília, DF: COFFITO; 2016 Sep 05 [acesso em 2025 Jul 08]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=5075>
15. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução COFFITO nº 400, de 3 de agosto de 2011. Dispõe sobre o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 ago. 2011. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3237>
16. Ministério da Educação (MEC). Catálogo Nacional de Cursos Técnicos [Internet]. Brasília, DF: MEC; [citado 2025 Jul 08]. Ministério da Saúde (MS). Guia Prático para Cuidador. Brasília, DF: MS; 2008.
17. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). Classificação Brasileira de Ocupações [Internet]. Brasília, DF: MTE; [citado 2025 Jul 08].
18. Borges LAC, Almeida RGS, Barboza ES, Arruda GO. Treinamento por simulação de cuidadores na alta hospitalar do paciente com doenças crônicas: revisão integrativa. Rev Bras Enferm. 2023;76(6):e20230043.
19. Martinez BP, Cepeda RM, Ferreira FM, Ramos FF, Cipriani FM, Knaut SA, et al. Brazilian classification of physical therapy diagnosis. Braz J Phys Ther. 2024;28:101066. doi:10.1016/j.bjpt.2024.101066.
20. Taub A, Andreoli SB, Bertolucci PH. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):372-6.

MARIANA BORGES DIAS

Coordenadora-Geral

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM/DAHU/SAES/MS

Ciente,

FERNANDO AUGUSTO MARINHO DOS SANTOS FIGUEIRA

Diretor

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHU/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Borges Dias, Coordenador(a)-Geral de Atenção Domiciliar**, em 03/11/2025, às 11:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Augusto Marinho dos Santos Figueira, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 03/11/2025, às 13:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0051459026** e o código CRC **95E74CCB**.

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar - CGADOM
Esplanada dos Ministérios, bloco O 7º andar - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br