



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## **RESOLUÇÃO CFM nº 1.668/2003**

(Publicada no D.O.U. 03 de junho de 2003, Seção I, p.84)

*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.*

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições que lhe confere a [Lei nº 3.268](#), de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo [Decreto nº 44.045](#), de 19 de julho de 1958, e

**CONSIDERANDO** a premente necessidade de normatizar o atendimento domiciliar como modalidade de assistência em regime de internação, em razão do crescimento deste sistema no Brasil;

**CONSIDERANDO** a inexistência de critérios e disciplinamento ético para esta assistência;

**CONSIDERANDO** as atividades desenvolvidas por empresas que têm se especializado nesta modalidade;

**CONSIDERANDO** que a internação domiciliar visa atender os portadores de enfermidades cujo estado geral permita sua realização em ambiente domiciliar ou no domicílio de familiares;

**CONSIDERANDO** que o trabalho do médico, como membro da equipe multidisciplinar de assistência em internação domiciliar, é imprescindível para a garantia do bem - estar do paciente, nos termos do Código de Ética Médica;

**CONSIDERANDO** que compete ao Conselho Federal e aos Conselhos Regionais de Medicina a responsabilidade legal de disciplinar esta atividade profissional, bem como o funcionamento das empresas que prestam assistência à saúde;

**CONSIDERANDO** a [Resolução CFM nº 1.627/2001](#);

**CONSIDERANDO** o decidido na Sessão Plenária realizada em 7 de maio de 2003,

### **RESOLVE:**

**Art. 1º** - Todas as empresas públicas e privadas prestadoras de assistência à internação domiciliar deverão ser cadastradas/registradas no Conselho Regional do estado onde operam.

**Parágrafo 1º** - Este cadastro/registro deve ser acompanhado da apresentação do Regimento Interno que estabeleça as normas de funcionamento da empresa, o qual deverá ser homologado pelo Conselho Regional.

**Parágrafo 2º** - As empresas, hospitalares ou não, devem ter um diretor técnico, necessariamente médico, que assumirá, perante o Conselho, a responsabilidade ética de seu funcionamento.

**Parágrafo 3º** - As empresas, hospitalares ou não, responsáveis pela assistência a paciente internado em regime domiciliar devem ter, por força de convênio, contrato ou similar, hospital de retaguarda que garanta a reinternação nos casos de agudização da enfermidade ou intercorrência de alguma condição que impeça a continuidade do tratamento domiciliar e exija a internação formal, que deve ser preferencialmente feita no hospital de origem do paciente.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

**Art. 2º** - As empresas ou hospitais que prestam assistência em regime de internação domiciliar devem manter um médico de plantão nas 24 horas, para atendimento às eventuais intercorrências clínicas.

**Art. 3º** - As equipes multidisciplinares de assistência a pacientes internados em regime domiciliar devem dispor, sob a forma de contrato ou de terceirização, de profissionais de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição e Psicologia.

**Parágrafo único** - As equipes serão sempre coordenadas pelo médico, sendo o médico assistente o responsável maior pela eleição dos pacientes a serem contemplados por este regime de internação e pela manutenção da condição clínica dos mesmos.

**Art. 4º** - A assistência domiciliar somente será realizada após avaliação médica, registrada em prontuário específico.

**Art. 5º** - A atribuição dos demais membros da equipe multidisciplinar deverá ser estabelecida pelo conselho profissional de cada componente.

**Art. 6º** - As normas de funcionamento às quais refere-se o parágrafo primeiro do artigo primeiro, devem contemplar os protocolos de visitas e o número de pacientes internados sob a responsabilidade de cada equipe.

**Parágrafo 1º** - Os protocolos de visitas devem estabelecer o número mínimo de visitas de cada componente da equipe ao paciente internado no domicílio.

**Parágrafo 2º** - O número máximo de pacientes internados no domicílio sob a responsabilidade de um médico, não poderá exceder a quinze.

**Art. 7º** - O médico assistente de paciente internado em instituição hospitalar e que quer submeter-se à internação domiciliar tem a prerrogativa de decidir se deseja manter o acompanhamento no domicílio.

**Parágrafo único** - Em caso de recusa, o médico assistente deve fornecer ao novo médico que irá prestar assistência domiciliar todas as informações concernentes ao quadro clínico do paciente, sob a forma de laudo circunstanciado, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica.

**Art. 8º** - O hospital ou empresa responsável por pacientes internados em domicílio deve(m) dispor das condições mínimas que garantam uma boa assistência, caracterizadas por:

I - Ambulância para remoção do paciente, equipada à sua condição clínica;

II - Todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, matérias e medicamentos necessários;

III - Cuidados especializados necessários ao paciente internado;

IV - Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de retaguarda, nos termos do parágrafo 3º do artigo 1º e do artigo 2º desta resolução.

**Art. 9º** - Em caso de óbito durante a assistência domiciliar, o médico assistente do paciente assumirá a responsabilidade pela emissão da competente declaração.

**Art.10** - A assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser apensado ao prontuário.

**Art.11** - O profissional médico, em conjunto com o diretor técnico da instituição prestadora da assistência, deverá tomar medidas referentes à preservação da ética médica, especialmente



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

quanto ao artigo 30 do Código de Ética Médica, que veda delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica.

**Art. 12** - Esta resolução entra em vigor na data de sua aprovação em Plenário, revogando todas as disposições em contrário.

Brasília-DF, 7 de maio de 2003.

**EDSON DE OLIVEIRA ANDRADE**

Presidente

**RUBENS DOS SANTOS SILVA**

Secretário-Geral



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

## EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

### INTRODUÇÃO

Há aproximadamente dez anos e em velocidade crescente no Brasil, instalou-se o Sistema de Atendimento Domiciliar que tinha e tem como objetivo uma série de fundamentos, entre os quais podemos citar:

- a) Cuidado de paciente em seu domicílio ou de seus familiares, conferindo-lhe maior humanização e atendendo aos princípios bioéticos da beneficência, não - maleficência e justiça;
- b) Redução dos custos assistenciais caracterizados pela não - utilização da infraestrutura hospitalar;
- c) Maior envolvimento dos familiares com a enfermidade do paciente, facilitando a pronta evolução de sua recuperação;
- d) Possibilidade de eleição de pacientes abrangidos por este benefício, poupando-os dos agravos decorrentes de internação prolongada;
- e) Estreitamento da relação médico-paciente ou, ainda, equipe de saúde-paciente-família, com todas as vantagens sociais e éticas daí advindas.

Historicamente, a Medicina viveu momentos semelhantes quando os profissionais - não contando, muitas vezes, com a existência de estrutura hospitalar de retaguarda - acompanhavam a evolução da doença no próprio domicílio do paciente, com a constante e decisiva participação de seus familiares. Eram verdadeiros médicos de família.

Com o advento e proliferação dos hospitais e o crescente avanço tecnológico dos meios diagnósticos e terapêuticos, houve absoluta retração desta prática, não obstante sua eficácia. Fazia-se, enfim, necessário justificar os investimentos da época, redirecionando a demanda. Este modelo hospitalocêntrico persistiu por vários anos até que se percebeu que os aumentos dos custos assistenciais por ele provocados eram incompatíveis com sua própria manutenção.

Paralelamente a isto, em diversas áreas do conhecimento humano, inclusive na Medicina ocorreram e ainda vêm ocorrendo importantes mudanças de paradigma, alterando o enfoque da preocupação essencialmente tecnicista para uma abordagem predominantemente humanista.

Passou-se a falar em mudança do modelo hospitalocêntrico, entendendo-se o ambulatorio como porta de entrada do complexo assistencial, na medida em que se buscava implantar o Programa Saúde da Família (PSF) como a melhor e mais eficaz abordagem, a exemplo do que ocorria em vários países sanitariamente mais avançados que o Brasil, como Cuba e Canadá.

No bojo desta discussão surge a atenção domiciliar que se inicia por cuidados exclusivamente de enfermagem e, depois, pela atenção integral ao paciente assistido em regime domiciliar.

Tanto a iniciativa privada como o Poder Público, este mais modestamente, iniciaram a implantação deste sistema em vários estados do país, sob diversas modalidades.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

O Poder Público baseou-se em um hospital ou rede de hospitais públicos - neste último caso, regionalizando dentro do município sua abrangência.

Por sua vez, a iniciativa privada passou a atuar sob três modalidades:

- a) Criação de empresa especializada em “home care”, não necessariamente hospitalar, que dispõe de equipes multiprofissionais e sistema de transporte, vendendo aos usuários ou outras empresas esta forma de assistência;
- b) Cooperativas de trabalho e operadoras de planos de saúde, que disponibilizam a seus usuários esta modalidade de assistência;
- c) Hospitais que designam equipes, entre seus profissionais, para a implantação desta assistência.

Esta é a forma como hoje vem sendo desenvolvido o Sistema de Assistência Domiciliar no Brasil.

Procurando fazer uma revisão legal e ética acerca da matéria, nada foi encontrado que pudesse balizar tal atividade, além das questões básicas da assistência à saúde. Como respeito às interfaces éticas que fatalmente permeiam esta modalidade de atenção, encontramos alguns pareceres do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo que esbarram em assuntos pontuais.

Não existe, neste nível conselhal, qualquer resolução que discipline, como um todo, este sistema de atendimento domiciliar.

A portaria nº 2.416, de 23 de março de 1998, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS-MS), estabelece requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a realização de assistência domiciliar no âmbito do SUS.

Embora não tenhamos a pretensão de esgotar o assunto, tentaremos analisar neste parecer todas estas questões sugerindo, ao final, minuta de resolução que venha a disciplinar tal modalidade de atenção.

Para maior facilidade didática procuraremos analisar, um a um, os critérios que devem balizar a assistência domiciliar:

## **I – Equipes multidisciplinares**

A equipe multidisciplinar de assistência deve ser composta, minimamente, pelas seguintes profissões: medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, serviço social, nutrição e psicologia.

As atribuições concernentes a cada profissional dessas áreas estão definidas em suas respectivas regulamentações, mas cabe destaque para a atuação dos profissionais do serviço social e psicologia.

Aos primeiros, cabe a prévia avaliação das condições sociais do domicílio que irá receber o paciente, e com a formulação de relatório circunstanciado a ser apreciado pela equipe, bem como a viabilização do procedimento. Aos segundos, cabe analisar a condição comportamental dos familiares, estabelecendo, também, em laudo circunstanciado, a condição psicológica dos mesmos.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Os demais profissionais atuarão por demanda médica, segundo as especificidades de cada caso.

## **II – Responsabilidade profissional**

Embora todos os membros atuantes da equipe multiprofissional tenham suas responsabilidades estatuídas em diplomas legais, o médico deve assumir as funções de coordenação da equipe por ser dele a prerrogativa da eleição do paciente a ser contemplado por este sistema, tendo o dever de assumir os riscos de toda a medicação prescrita,

procedimentos realizados e feitura do prontuário, além de elaborar, eventualmente, a declaração de óbito ocorrido nesta circunstância.

## **III – Fiscalização do exercício profissional**

Concerne aos Conselhos de Medicina a competência legal no tocante às atividades das empresas/hospitais/médicos que se prestarem a este tipo de assistência.

As empresas devem ser registradas no Conselho de sua jurisdição e ter um responsável técnico, necessariamente médico, na forma da lei.

Os hospitais, por já estarem registrados no Conselho, devem cadastrar esta nova modalidade de assistência, sob a responsabilidade de seu diretor técnico.

O registro ou cadastro deve(m) ser acompanhado(s) pela apresentação do Regimento Interno que estabeleça as normas de funcionamento do sistema.

Necessariamente, este Regimento deve conter um protocolo de visita dos diversos profissionais, bem como o número máximo de atendimento domiciliar por médico, o que, segundo critérios de razoabilidade e em função do benefício do paciente, não poderá exceder a quinze.

Compete também ao Conselho de Medicina, sempre que provocado, a prerrogativa de avaliar, *in loco*, as condições assistenciais prestadas ao paciente.

## **IV- Condições mínimas para a assistência domiciliar**

O hospital ou empresa responsável pela assistência domiciliar de pacientes deve(m) oferecer aos mesmos a garantia mínima da boa assistência ética.

Esta garantia, mais que objetivando uma boa relação local para a assistência domiciliar e equilíbrio psicológico dos familiares assistentes, deve prever as intercorrências clínicas ou cirúrgicas e agudização ou agravamento do quadro clínico, bem como a ocorrência de alguma outra enfermidade que requeira cuidados imediatos, cuidados de outros especialistas, utilização de medicamentos ou materiais extraordinários e pronta e adequada remoção do paciente.

O sistema de assistência domiciliar não pode prestar-se ao aumento da capacidade de internação de um hospital pelo simples somatório destes leitos domiciliares aos institucionais existentes.



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Assim, como garantia mínima, poderíamos relacionar:

- a) Ambulância para remoção do paciente, adequadamente equipada para as suas condições clínicas;
- b) Cuidados especializados necessários ao paciente internado;
- c) Todos os recursos de diagnóstico, tratamento, cuidados especiais, materiais e medicamentos porventura necessários;
- d) Serviço de urgência próprio ou contratado, plantão de 24 horas e garantia de vagas de retorno do paciente à internação hospitalar, quando necessária.

## **V – Eleição do paciente**

O critério para a eleição do paciente a ser contemplado pelo sistema de assistência domiciliar deve ser obrigatoriamente médico e baseado nas condições clínicas. Para esta indicação faz-se mister que o médico conheça, a partir do relatório do serviço social e da psicologia, as condições ambientais e familiares do destino do paciente, para sua tomada de decisão.

Assim como a eleição, a interrupção ou alta do paciente é também decisão exclusivamente médica.

Poderão ser tratados em regime domiciliar pacientes de todas as faixas etárias, portadores de doenças agudas e crônicas, não obstante a portaria ministerial que legisla no âmbito do SUS limitar tal fato a casos de enfermidades que demandaram internações anteriores pelo mesmo motivo.

Como é critério médico, não é razoável a limitação de tempo mínimo e máximo de sua duração, o que deve ser balizado pela recuperação clínica do paciente.

## **VI – O médico assistente**

Todo paciente internado em unidade hospitalar tem, por força de resolução do Conselho Federal de Medicina, um médico assistente, responsável maior pela condução de seu quadro clínico e referência para todos os eventos aos quais será submetido.

Compete a este médico assistente definir se seu paciente pode submeter-se ao regime de assistência domiciliar, desde que se preenchidos os requisitos anteriormente citados. No caso da viabilização desta modalidade de internação, cabe ao médico assistente a prerrogativa do acompanhamento domiciliar, se este também for o desejo do paciente.

Embora possua esta prerrogativa, o médico assistente não tem, nos termos do artigo 7º do Código de Ética Médica, a obrigatoriedade de prestar serviços profissionais a quem não deseje. Na sua recusa, outro médico poderá acompanhar o paciente em seu domicílio, a partir de laudo médico fornecido, obrigatoriamente, pelo assistente, nos termos do artigo 71 do Código de Ética Médica.

Em nenhum caso, o médico assistente de paciente que optou pelo sistema de assistência domiciliar, mesmo com sua anuência, será co-responsável pela escolha da empresa prestadora do serviço ou de atos de outros médicos daí advindos.

## **VII – Consentimento informado**



**CFM**  
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

É direito inalienável do paciente o consentimento ou desautorização de quaisquer procedimentos ou condutas que interfiram ou afetem sua integridade física ou psíquica. Este consentimento livre e esclarecido deve ser expresso a partir do paciente ou de seu responsável legal, contendo linguagem acessível, abrangente e que contemple todas as perguntas formuladas.

Ressalta-se que este documento é peça imprescindível para que se possa proceder à assistência domiciliar, devendo ser apensado ao prontuário, para quaisquer efeitos posteriores.