



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DIRETORIA DE SAÚDE DO EXÉRCITO**



**NORMA TÉCNICA SOBRE ATENÇÃO
DOMICILIAR NO EXÉRCITO BRASILEIRO**

NORMA TÉCNICA SOBRE ATENÇÃO DOMICILIAR NO EXÉRCITO BRASILEIRO

ÍNDICE DOS ASSUNTOS			Art.
CAPÍTULO	I	DAS GENERALIDADES	
Seção	I	Da Finalidade	1º
Seção	II	Dos Objetivos	2º
Seção	III	Da Legislação	3º
Seção	IV	Das Definições	4º
Seção	V	Das Condições de Execução	5º / 8º
CAPÍTULO	II	DO PROCESSO DA ATENÇÃO DOMICILIAR	
Seção	I	Da Admissão em Atenção Domiciliar	9º / 13
Seção	II	Da Execução da Atenção Domiciliar	14 / 16
Seção	III	Do Término da Atenção Domiciliar	17 / 18
CAPÍTULO	III	DAS OBRIGAÇÕES	
Seção	I	Do Paciente e Familiares	19 / 26
Seção	II	Do Prestador de Atenção Domiciliar	27 / 33
Seção	III	Da Unidade Gestora	34 / 36
CAPÍTULO	IV	DAS PRESCRIÇÕES FINAIS	37 / 48

ANEXOS

ANEXO	A	- TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	
ANEXO	B	- LISTA DE ITENS COBERTOS COM RESTRIÇÕES NA ATENÇÃO DOMICILIAR	

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Seção I

Da Finalidade

Art. 1º. A presente Norma Técnica (NT) visa orientar os procedimentos a serem adotados pelas Unidades Gestoras (UG) do Sistema SAMMED/PASS no credenciamento de Organizações Civas de Saúde (OCS) para prestar serviço de Atenção Domiciliar.

Seção II

Dos Objetivos

Art. 2º. As orientações e determinações contidas nesta Norma Técnica tem por objetivos:

I - Orientar as Unidades Gestoras do Sistema SAMMED/PASS na forma de credenciamento das Organizações Civas de Saúde (OCS) prestadoras do serviço de atenção domiciliar;

II - Padronizar os requisitos mínimos do Serviço de Atenção e Internação Domiciliar dentro do sistema SAMMED/PASS;

III - Redução da demanda por atendimento hospitalar;

IV - Redução do tempo de permanência hospitalar e do número de internações hospitalares dos usuários;

V - Prevenção de complicações e manifestações mais avançadas da doença;

VI - Promover e apoiar a desospitalização, otimizando os recursos do Sistema SAMMED/PASS e proporcionando uma melhor qualidade de vida para o paciente; e

VII - Desenvolvimento da autonomia do paciente/família perante o quadro nosológico correspondente, ou seja, habilitar a família/paciente a lidar, inclusive do ponto de vista afetivo, com os problemas e/ou sequelas criados pela patologia de base, de forma a precisar cada vez menos dos serviços de profissionais de saúde;

Seção III

Da Legislação

Art. 3º. Legislação Complementar:

I - Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, do Ministério da Saúde - Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.

II - Portaria nº 440-DGP, de 13 de julho de 2007- Altera as Instruções Gerais para o fundo de saúde do exército (IG 30-32), aprovadas pela Portaria do Comandante do exército nº 653, de 30 agosto de 2005.

III - Portaria nº 048-DGP, de 28 de fevereiro de 2008- Aprova as Instruções Reguladoras para a Assistência Médico-Hospitalar aos Beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (IR 30-38).

IV - Portaria nº 117-DGP, de 19 de maio de 2008- Aprova as Instruções Reguladoras da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos servidores civis do Exército Brasileiro-PASS (IR 30-57).

V - Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, do Ministério da Saúde- Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.

VI - RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006, da ANVISA - Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar.

VII - Resolução CFM nº 1.668/2003, Publicada no D.O.U. 03 Junho 2003, Seção I, pg. 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.

VIII - Portaria SAS nº 400, de 16 novembro de 2009, do Ministério da Saúde- Estabelece as diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Seção IV

Das Definições

Art. 4º. Para efeito desta Norma Técnica, define-se:

I - **Admissão em Atenção Domiciliar (AD):** processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar;

II - **Alta da Atenção Domiciliar:** ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito;

III - **Assistência domiciliar multiprofissional-** envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

IV - **Atenção Domiciliar (AD):** modalidade de atenção à saúde, 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;

V - **Cuidador:** pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar;

VI - **Enfermeiro auditor (ou responsável pelo gerenciamento do programa de atenção domiciliar):** analisa toda a utilização de materiais, medicamentos e gases medicinais previstos no Plano de Atenção Domiciliar e das autorizações prévias, a partir das observações realizadas sobre os registros, o relatório, a evolução e a prescrição de enfermagem. Realiza, sempre que possível e necessário, visitas ao domicílio do paciente.

VII - **Equipe Multiprofissional de Atenção e Internação Domiciliar:** profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio;

VIII - **Gerenciamento de Casos:** avalia e monitora a situação de saúde de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e com dificuldades de mobilidade, estabelecendo os níveis de atenção adequados conforme a intensidade dos cuidados indicados.

IX - **Internação Domiciliar:** o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim;

X - **Plano de Atenção Domiciliar:** 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;

XI - **Prestadora de Atenção domiciliar/Internação domiciliar:** instituição privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar;

XII - **Serviço de Atenção Domiciliar (SAD):** serviço complementar aos cuidados realizados pela UG/FUSEX ou credenciada, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar;

XIII - **Tempo de Permanência:** período compreendido entre a data de admissão e a data de alta da atenção domiciliar.

Seção V

Das Condições de Execução

Art. 5º. Os procedimentos para credenciamento de Organizações Civis de Saúde (OCS) para prestarem os serviços de atenção e internação domiciliar apresentados e descritos nesta Norma Técnica aplicam-se a todas as Unidades Gestoras.

Art. 6º. A Atenção Domiciliar será prestada por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social e a assistência de fisioterapeuta, técnicos de enfermagem incluindo também suporte de plantão.

Art. 7º. A Atenção Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

I - **Assistência Domiciliar Multiprofissional:** é uma atenção continuada, normalmente a indivíduos restritos ao leito ou ao lar, portadores de patologias crônicas, mas estáveis clinicamente. Consta de Supervisão de Enfermagem, Plantão Médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico, com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, Serviço de Urgência/Emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção, orientação à família e de fisioterapeutas (motora e/ou respiratória) e de outras especialidades necessárias à prestação do serviço de assistência domiciliar à saúde;

II - **Internação Domiciliar:** indicada para pacientes agudos ou crônico-agudizados, no intuito de evitar a hospitalização. É indicada, também, em momento de desospitalização, para transição adequada do hospital para a residência, quando necessário. A Internação Domiciliar compreende as seguintes modalidades:

a) **Internação Domiciliar 12 horas:** além do contido na assistência domiciliar multiprofissional, inclui os serviços de Técnico de Enfermagem por 12 (doze) h/dia, um aparelho de pressão arterial, termômetro, aparelho glicemia e mobiliário

hospitalar, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar com rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, nobreak e um aspirador de secreção; e

b) **Internação Domiciliar 24 horas:** além do contido na assistência domiciliar multiprofissional, inclui os serviços de Técnico de Enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia, um aparelho de pressão arterial, termômetro, aparelho glicemia e mobiliário hospitalar, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar com rodas, com grade, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, nobreak e um aspirador de secreção.

III - Procedimentos de Enfermagem: serviços de Técnico de Enfermagem, sob Supervisão de Enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo.

IV - Gerenciamento de Casos Crônicos: compreende a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado nos seguintes planos:

a) **Gerenciamento de Caso Básico (GCB):** considera-se elegível na modalidade de AD, o paciente que requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, que compreende:

1) Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo freqüentemente idosos ou adultos com pequena sequela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

2) Pacientes dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

3) Pacientes com pouca dificuldade de acesso a OMS ou rede credenciada;

4) Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames;

5) Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença; e

6) Os recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

b) Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI) considera-se elegível na modalidade, o paciente que tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, que compreende:

1) Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com sequela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

2) Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

3) Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

4) Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a OMS ou rede credenciada;

5) Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

6) Pacientes com infecções de repetição; e

7) Os recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

c) Gerenciamento de Caso Avançado (GCA) considera-se elegível na modalidade, o paciente que tendo indicação de AD, e com risco alto de hospitalização, que compreende:

1) Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

2) Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

3) Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

4) Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso a OMS ou rede credenciada;

5) Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

6) Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação; e

7) Os recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (uma) sessões por mês por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas.

§ 1º O enquadramento do tipo de Atenção Domiciliar deve seguir a tabela de pontuação constante no Anexo A, após solicitação técnica.

§ 2º Estabelecer como prioridade de eleição da Internação Domiciliar os seguintes grupos de indivíduos:

- I - Idosos;
- II - Portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas;
- III - Portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos; e
- IV - Portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente.

§ 3º A OCS prestadora de Atenção Domiciliar deverá apresentar um relatório (avaliação inicial) enquadrando a real situação do paciente, onde deverá constar: dados de identificação (paciente e responsável), diagnósticos, histórico clínico do paciente, medicamentos em uso, exame físico, avaliação da dor, avaliação por sistemas (respiratório, digestivo, tegumentar e geniturinário), avaliação do domicílio, recursos necessários para atendimento (materiais e equipamentos) e a avaliação para planejamento da atenção domiciliar previsto no Anexo A.

§ 4º Nas OMS, onde a disponibilidade de médicos e enfermeiros permite a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar, é conveniente que o Gerenciamento de Casos Crônicos seja realizado pela própria OMS.

§ 5º Os pacientes assistidos pela modalidade de internação domiciliar que apresentem intercorrência clínica e necessitem de remoção para unidade hospitalar de referência ou OMS, esta deverá ser realizada pela empresa de Atenção Domiciliar contratada.

Art. 8º. Não será autorizada ou poderá ser cancelada a Atenção Domiciliar quando:

I - Não houver cuidador (pessoa da família ou contratado) capacitado para participar do processo de cuidar para atender as necessidades básicas (higiene pessoal, alimentação, troca da roupa de cama e troca de fraldas) e atividades cotidianas do paciente;

II - o domicílio do(a) usuário(a) apresentar difícil acesso a ambulância, equipamento ou atendimento de urgência;

III - as condições emocionais do(a) usuário(a) ou de familiar inviabilizarem o tratamento;

IV - não houver aceitação ou não adaptação pelo(a) usuário(a) ou sua família às normas do programa;

V - não houver aceitação da equipe multidisciplinar pelo(a) usuário(a), responsável ou família;

VI - a equipe multidisciplinar da OCS ou a Unidade Gestora entenderem inviável a implementação do programa.

CAPÍTULO II

DO PROCESSO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Da Admissão em Atenção Domiciliar

Art. 9º. A admissão é caracterizada pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar.

Art. 10. A solicitação da Atenção Domiciliar é realizada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente ou pela Unidade Gestora.

Art. 11. O responsável pelo paciente deverá encaminhar à UG/FUSEx, o relatório médico detalhado do paciente, contendo o histórico clínico e a solicitação de atenção domiciliar.

Art. 12. O relatório médico deverá ser avaliado pelo Serviço de Auditoria de Contas Médicas da UG/FUEx ou Serviço responsável para este fim nas UG/FUEx, bem como realizará uma visita ao paciente, verificando a necessidade da atenção domiciliar.

Art. 13. A Enfermeira Auditora (militar/civil), responsável pelo Serviço de Atenção Domiciliar, solicitará à OCS prestadora de atenção domiciliar o relatório (avaliação inicial), de acordo com o previsto no § 3º, do Art 7º, desta NT, onde será estabelecida a proposta terapêutica e orçamentária.

Seção II

Da Execução da Atenção Domiciliar

Art. 14. O Plano de Atenção Domiciliar (PAD) do paciente admitido deve ser revisado mensalmente de acordo com a evolução e acompanhamento do paciente e a gravidade do caso. Esta revisão deve conter data, assinatura do profissional de saúde que acompanha o paciente.

Art. 15. A OCS deverá encaminhar mensalmente o orçamento do mês subsequente para avaliação do Serviço de Auditoria de Contas Médicas ou Serviço responsável para este fim nas UG/FUEx, visando aprovação, sendo discutidas todas as informações relevantes do caso até se chegar a um consenso em relação ao plano de atendimento, e a definição da periodicidade do envio de relatórios de atendimento.

§ 1º A autorização será válida para no máximo 30 dias. Se houver necessidade de continuidade do tratamento domiciliar, nova solicitação deverá ser enviada.

§ 2º O orçamento deverá contemplar os recursos humanos necessários, materiais, medicamentos, dietas, dispositivos e equipamentos que serão utilizados no atendimento do paciente.

§ 3º Os orçamentos complementares referentes às intercorrências e/ou aditivos solicitados pela OCS serão aprovados no decorrer do atendimento, a critério do Serviço de Auditoria de Contas Médicas ou Serviço responsável para este fim nas UG/FUEx.

§ 4º A autorização do orçamento se dará por meio de assinatura e carimbo do profissional responsável.

Art. 16. A regulação da atenção domiciliar é realizada através de autorizações prévias divididas em duas modalidades:

- I - Prorrogações; e
- II - Complementares (intercorrências e aditivos).

Seção III

Do Término da Atenção Domiciliar

Art. 17. A atenção domiciliar termina através da Alta Domiciliar. O motivo desta alta pode ser:

- I - alta por melhora;
- II - recuperação parcial, que possibilite tratamento ambulatorial;
- III - quando o(a) usuário(a) não mais preencher qualquer dos requisitos a que se refere esta NT;
- IV - ausência do responsável pelos cuidados do(a) usuário(a) durante a Atenção Domiciliar, comprovada pela equipe multidisciplinar da OCS ou pela UG/FUSEx;
- V - internação ou reinternação hospitalar por piora do quadro clínico; e
- VI - Óbito.

Art. 18. Em todos os casos, a OCS deverá notificar a UG/FUSEx a ocorrência da alta, encaminhando um Relatório de Alta.

Parágrafo único. Em caso de internação ou reinternação do paciente, após a alta hospitalar, caso o paciente ainda tenha indicação de cuidados domiciliares, dará início a um novo Plano de Atenção Domiciliar.

CAPÍTULO III

DAS OBRIGAÇÕES

Seção I

Do Paciente e Familiares

Art. 19. O(A) paciente e/ ou responsável legal assume total responsabilidade pelos equipamentos instalados no domicílio do(a) paciente, que sejam relacionados ao

tratamento médico necessário, de propriedade da OCS, respondendo pessoal e diretamente por quaisquer danos decorrentes de mau acondicionamento, manuseio por pessoa(s) não autorizada(s), ou qualquer tipo de avaria que não se dê em virtude de seu uso ou degradação normal.

Art. 20. Caberá à família do(a) usuário(a) zelar pela integridade de tais equipamentos, sendo que os mesmos não deverão ser manuseados sem autorização da equipe especializada.

Art. 21. O fornecimento de qualquer equipamento se condiciona à verificação criteriosa e assinatura de recibo pelo(a) usuário(a) ou responsável legal.

Art. 22. Os materiais e medicamentos são de uso exclusivo do(a) paciente, devendo ser prescritos por médico responsável pelo seu tratamento. A utilização dos medicamentos deverá obedecer à prescrição médica e/ou estar de acordo com a orientação do profissional do prestador contratado.

Art. 23. O(A) paciente não deverá automedicar-se, sendo que a UG/FUSEx e a OCS isentam-se de qualquer responsabilidade por dano ocasionado ao(à) paciente em virtude da não observância das orientações transmitidas e de todas as disposições contidas neste documento.

Art. 24. Não caberá reembolso de despesa com material ou medicamento, se adquirido pelo(a) usuário(a), responsável ou familiar, sem prévia aprovação, por escrito, da Unidade Gestora.

Art. 25. Os medicamentos orais de uso contínuo e fraldas ficam a cargo do(a) paciente.

Art. 26. Deverão ser devolvidos ao prestador contratado, no prazo de (05) cinco dias úteis, materiais e/ou medicamentos recebidos e não utilizados, quando determinado pela OCS ou por alta domiciliar.

Seção II

Do Prestador de Atenção Domiciliar

Art. 27. Elaborar o Plano de Atenção Domiciliar quando solicitado pela Unidade Gestora.

Art. 28. As prorrogações deverão ser encaminhadas à UG/FUSEx, a cada período de 30 (trinta) dias, obedecendo aos mesmos períodos de cobrança, com o objetivo de prorrogar a atenção prestada ao beneficiário pelo próximo período.

§ 1º Junto com as prorrogações deverão estar anexados os relatórios dos profissionais da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta) envolvidos no atendimento do paciente.

§ 2º Quando houver curativos, deverá estar anexado o relatório da equipe especializada em lesões, devendo, o mesmo, ser preenchido pelo enfermeiro(a) responsável. Na evolução deve constar profundidade (medidas), presença de infecção, comprometimento tecidual (estágio/grau), tipo de tecido encontrado, materiais utilizados e prescritos e programação de alta/desmame dos mesmos.

Art. 29. A OCS contratada deverá encaminhar mensalmente os orçamentos subseqüentes, a serem autorizados, com antecedência de 10 (dez) dias do término do mês. Neste documento deverão estar descritos todos os procedimentos autorizados no período e suas quantidades.

Art. 30. Os materiais e medicamentos necessários ao tratamento do(a) paciente serão entregues pela empresa contratada na residência do(a) mesmo(a), mediante aviso de recebimento a ser assinado pela pessoa por ele responsável, sob pena de não cobertura.

Art. 31. Promover orientação continuada junto à família/cuidador, devendo ser orientada a assumir os cuidados com o paciente, tendo em vista a promoção do autocuidado. As atividades a serem executadas pelo cuidador devem ser planejadas em conjunto com a equipe multidisciplinar de apoio ao paciente e a família, valorizando as ações relacionadas à promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional do paciente.

Art. 32. Elaborar o Relatório de Alta Domiciliar quando ocorrer alguns dos motivos previstos no Art 17.

Art. 33. O recolhimento e o destino adequado dos Resíduos Sólidos de Saúde gerados no atendimento domiciliar

Seção III

Da Unidade Gestora

Art. 34. A Unidade Gestora não arca com o fornecimento de medicamentos orais de uso contínuo e fraldas, ficando a cargo da família do paciente.

Art. 35. As despesas com materiais descartáveis e medicamentos, desde que tais itens sejam prescritos por médico de equipe prestadora de assistência domiciliar,

serão cobertas pela UG/FUSEX somente no decorrer do período que venha a perdurar o procedimento de Atenção Domiciliar.

Art. 36. Autorizar e auditar os orçamentos encaminhados pela OCS contratada, em confronto com as informações contidas no Plano de Atenção Domiciliar e nos relatórios dos profissionais envolvidos no tratamento domiciliar.

CAPÍTULO IV

DAS PRESCRIÇÕES FINAIS

Art. 37. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança conforme o número de dias da internação domiciliar.

Art. 38. Os custos da prestação do Serviço de Atenção Domiciliar deverão atender ao Referencial de Custos estabelecidos pela D Sau.

Art. 39. No valor das diárias deverão estar incluídos:

I - Troca de roupa de cama e banho de paciente;

II - Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;

III - Cuidados de enfermagem: Administração de medicamentos por todas as vias; administração de dieta; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; curativos, controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclisma, tricotomia, etc); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;

IV - Aspirador de secreções (vácuo ou elétrico);

V - Nobreak

VI - Atendimento pelo médico plantonista nas intercorrências clínicas; e

VII - Equipamentos de proteção individual (EPI): luvas de procedimento não estéril, capas e/ou aventais, óculos e máscaras descartáveis.

Art. 40. As medicações serão pagas conforme prescrição médica, preferencialmente genéricos, excluindo-se a prescrição e administração de medicamentos similares, ficando a cargo do serviço de auditoria mediante visita domiciliar atestar o uso dos medicamentos utilizados, se necessário.

Art. 41. Os materiais descritos nesta Norma Técnica serão pagos conforme estabelecido no Anexo B.

Art. 42. Não será pago coleta de exames realizados pelos serviços terceirizados da empresa contratada.

Art. 43. Os materiais descartáveis deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado e/ ou autorizado.

Art. 44. As coberturas especiais serão pagas com a devida prescrição médica ou do serviço de comissão de curativos da empresa contratada, caso seja necessário realizar trocas de curativos com frequência maior do previamente autorizado, as solicitações deverão ser justificadas, por escrito, pelo enfermeiro.

Art. 45. As dietas enterais deverão ser fornecidas, preferencialmente pela UG/FUSEX, o pagamento a empresa contratada será mediante prescrição médica e/ou nutricionista, ficando a cargo do serviço de auditoria mediante visita domiciliar atestar o uso das dietas utilizadas, se necessário.

Art. 46. As dietas enterais, caso sejam fornecidas pela empresa contratada, caberá a UG/FUSEX remunerar a empresa pelo valor de preço de fábrica (PF) da revista de referência adotada em contrato, admitindo-se a UG/FUSEX negociar em contrato a aplicação de percentual de deflator sobre o preço de fábrica das dietas.

Art. 47. Os fracionamentos de medicamentos poderão ser realizados e reavaliados durante auditoria, mediante justificativa médica e os mesmos estarão submetidos às normas da ANVISA e ANS.

Art. 48. Os casos omissos ou duvidosos, verificados na aplicação desta Norma Técnica, serão resolvidos pelo Chefe do DGP, ouvida a D Sau.

ANEXO A

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR- NEAD

Data da Avaliação: ___/___/___

Nome do Paciente: _____

Prec-CP/Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnóstico Secundário: _____

Médico Assistente: _____

C.R.M.: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE						
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR				SIM	NÃO	
Apresenta Cuidador em período integral?						
O domicílio é livre de risco?						
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?						
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.						
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR						
	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR				ATENDIMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
	24 HORAS		12 HORAS			
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia		Não utiliza	
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia		Até 5 vezes/dia		Não utiliza	
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia		Até 12 horas/dia		Não utiliza	
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia				Até 4 vezes/dia	
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.						
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR						
ESTADO NUTRICIONAL	0	EUTRÓFICO	1	SOBREPESO/EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA 3 POR SNG/SNE *
KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0	INDEPENDENTE	1	DEPENDENTE PARCIAL	2	DEPENDENTE TOTAL
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0	0 - 1 INTERNAÇÃO	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0	AUSENTE	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA
LESÕES	0	N E N H U M A O U LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2	MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS
MEDICAÇÕES	0	VIA ENTERAL	1	INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2	INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE		
USO DE OXIGENIOTERAPIA	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0	ALERTA	1	CONFUSO/DESORIENTADO	2	COMATOSO
PONTUAÇÃO FINAL:						

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas () Curativos () Medicções Parenterais () Outros	De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multiprofissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos).	18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica ** Consulte ESCORE KATZ anexo.

*** Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulante

ESCORE DE KATZ			
	I 1 Ponto		0 Ponto
ATIVIDADES	SEM SUPERVISÃO, ORIENTAÇÃO OU ASSISTÊNCIA PESSOAL.		COM SUPERVISÃO, ORIENTAÇÃO OU ASSISTÊNCIA PESSOAL OU CUIDADO INTEGRAL.
BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECSSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS OU UM A EXTREMIDADE INCAPACITADA.		NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.		NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.
IR AO BANHEIRO	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.		NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.
TRANSFERÊNCIA	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.		NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.
CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).		É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.
ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.		NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.
PONTUAÇÃO KATZ:			
5 OU 6	INDEPENDENTE	3 OU 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL
			< 2
			DEPENDENTE TOTAL

Assinatura e Carimbo

Data ___/___/___

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 – Elegibilidade

a) Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.

b) Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.

c) Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar

a) Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de P.A.D.

a) Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do P.A.D. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

i. **Zero** = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.

ii. **1 ponto** = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.

iii. **2 ou 3 pontos** = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermóclise.

b) Naqueles casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de P.A.D. (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.

c) No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.

d) A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

ANEXO B

Lista de Itens Cobertos com Restrição na Atenção Domiciliar

1. **ÁGUA DESTILADA:** Será pago 01 (um) frasco de 500 ml por dia para o frasco de umidificador, e em caso de nebulização 01 (uma) ampola de 10 ml por sessão.
2. **ASPIRAÇÃO TRAQUEAL:** pagar 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de procedimento estéril e 01 (um) Soro Fisiológico ou Água Bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, conforme prescrição médica.
3. **SONDA VESICAL DE DEMORA:** será pago conforme prescrição médica e checagem da enfermagem, em caso de troca deverá ter justificativa em prontuário.
4. **BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO:** será pago mediante a prescrição de sondagem vesical de demora, a sua troca terá que ter justificativa, conforme prescrição médica.
5. **BOLSA DE COLOSTOMIA ABERTA C/ ADESIVO MICROPOROSO DRENÁVEL:** Será pago no máximo 30(trinta) bolsas por mês conforme Portaria nº 400/2009-SAS/MS, caso seja necessário um quantitativo maior que o previsto o enfermeiro deverá justificar o uso.
6. **FRASCO DESCARTÁVEL ENTERAL / PARENTERAL:** pagar 01 (um) por dia.
7. **CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA:** Será pago 01 (uma) por traqueostomia, troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar, a descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada ao prontuário.
8. **CATETER DE OXIGÊNIO:** Será pago 01 (um) por internação. Caso seja necessário um quantitativo maior que o previsto o enfermeiro deverá justificar o uso.
9. **CATETER HIDROLIZADO (SALINIZADO):** somente com prescrição e pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25/07, 01 (uma) ampola de Soro Fisiológico .
10. **COLETOR DE SISTEMA ABERTO:** será pago 01 (uma) a cada 03 (três) dias.
11. **COLETOR DE URINA DESCARTÁVEL:** será pago 01 (uma) por dia mediante evolução de enfermagem, caso haja necessidade .
12. **ELETRODO DESCARTÁVEL:** Será pago 03 (três) a 05 (cinco) por dia, com descrição da enfermagem da sua troca.

13. **EQUIPO GRAVITACIONAL ENTERAL OU BOMBA INFUSÃO:** o pagamento será a cada 24 (vinte e quatro) horas. A utilização de equipo enteral de bomba de infusão deverá estar em prescrição médica, com a devida justificativa.
14. **EQUIPO MACROGOTAS OU BOMBA INFUSÃO:** o pagamento será a cada 72 (setenta e duas) horas. A utilização de equipo de bomba de infusão deverá estar em prescrição médica, com a devida justificativa.
15. **EQUIPO FOTOSSENSÍVEL GRAVITACIONAL OU BOMBA INFUSÃO:** o pagamento será por droga/soro por dia utilizado. A utilização de equipo de bomba de infusão fotossensível deverá estar em prescrição médica, com a devida justificativa.
16. **CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO:** Será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior terá que ser justificado.
17. **LUVA DE PROCEDIMENTO ESTÉRIL:** Será pago somente para procedimento estéril.
18. **MICROPORE E ESPARADRAPO:** Será pago conforme indicado por procedimento.
19. **SONDA NASOGÁSTRICA:** Será pago valor integral, sua troca será com indicação médica ou do enfermeiro, registrado em prontuário.
20. **SONDA NASOENTÉRICA:** Será pago 01 (uma) por internação, sua troca será autorizada com justificativa médica. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.
21. **TUBO OROTRAQUEAL DESCARTÁVEL:** pagamento integral.
22. **CONNECTORES** (torneirinha 3 VIAS, polifix) serão pagas, somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações.
23. **COLCHÃO CAIXA DE OVO OU PNEUMÁTICO:** será pago para pacientes com risco de úlceras de pressão, mediante prescrição médica ou do enfermeiro.