

PORTARIA NORMATIVA nº 3-2012/PR

A Diretoria colegiada do Instituto de Assistência dos Servidores do Estado de Goiás – IPASGO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, e,

CONSIDERANDO que a finalidade precípua do IPASGO é o pronto e eficaz atendimento dos seus usuários por sua rede de entidades credenciadas;

CONSIDERANDO a permanente preocupação em otimizar os serviços prestados pelo IPASGO aos seus usuários;

CONSIDERANDO o regime jurídico-administrativo a que se submete o IPASGO, no exercício de sua atribuição legal, notadamente o princípio da impessoalidade;

CONSIDERANDO as sugestões constantes do Memorando nº 72-2012/DAS/DS pelo qual as Diretorias de Assistência ao Servidor e de Saúde apontam a necessidade de implantação de um **Programa de Reabilitação e Cuidados Especiais – PRCE**, estruturado em diferentes formas de **atendimentos extra-hospitalares**;

CONSIDERANDO que a atual Diretoria do IPASGO pauta sua atuação na permanente busca pelo equilíbrio entre receitas e despesas;

RESOLVE

Art. 1º Fica Instituído o **Programa de Reabilitação e Cuidados Especiais – PRCE**, no âmbito do IPASGO, estruturado em diferentes formas de **atendimentos extra-hospitalares, descritos nesta Portaria**.

Do Gerenciamento de Doenças – GD

Art. 2º Para os efeitos desta Portaria Normativa o gerenciamento de doenças é "um sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde para populações, com condições nas quais os esforços de auto cuidados são significativos" segundo definição da Disease Management Association of America.

§ 1º O **PRCE** é um programa destinado a pacientes portadores de doenças crônicas sem lesão de órgão alvo e totalmente independentes para atividades de vida diária. Tem como objetivo a prevenção da evolução das doenças preexistentes além da identificação dos fatores riscos de novas comorbidades, atuando através da promoção da saúde com foco no auto cuidado e modificação do estilo de vida.

§ 2º Todos os pacientes são avaliados através de escalas que identificam os fatores de risco e mensuram a gravidade das comorbidades dos pacientes elegíveis para o programa. Para classificação dos riscos e complexidade são utilizados os seguintes indicadores:

- I - antecedentes pessoais e familiares,
- II - hábitos pessoais, histórico de saúde;
- III - funcionalidade e grau de dependência (escalas de Katz e Pfeffer);
- IV - risco de úlcera por pressão (Braden);
- V - risco de internações hospitalares (Pakala),
- VI - classificação de risco cardiovascular (Framingham), para diabéticos, hipertensos,

asmáticos e portadores de Doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC.

§ 3º A efetividade do programa é mensurada através dos seguintes indicadores:

- I - taxa de sedentarismo;
- II - taxa de adesão a dieta;
- III - taxa de queda de tabagismo;
- IV - taxa de obesidade;
- V - taxa de alcoolismo.

§4º Este atendimento é indicado para pacientes portadores de mais de uma doença crônica, sem lesão de órgão alvo, totalmente independentes para atividades de vida diária que necessitam do acompanhamento para garantir a adesão ao tratamento e evitar a progressão das doenças. O acompanhamento é realizado por equipe multidisciplinar que é definida a partir da avaliação inicial quando são identificados os principais fatores de riscos.

§ 5º Previsão de recursos básicos para a assistência:

- I - enfermeiro – uma visita inicial de avaliação;
- II - equipe Interdisciplinar (Enfermeiro ou Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapia Ocupacional) - uma visita mensal de um membro da equipe, devendo haver o apontamento dos seguintes exemplos que indicam os grupos de risco com o respectivo profissional indicado para seguimento clínico:

- a) diabético – Nutricionista;
- b) doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC/Asma – Fisioterapeuta;
- c) cardiopata - Enfermeiro/Farmacêutico.

§ 6º Será disponibilizado, para estes pacientes, acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação por membro de equipe especializada.

Do Gerenciamento de Casos Crônicos

Art. 3º O Gerenciamento de casos é definido como um processo cooperativo que diagnostica, planeja, implementa, coordena, monitora, orienta e avalia opções e serviços, de acordo com as necessidades de saúde de uma pessoa, por meio de um plano de cuidados específicos e individualizados a fim de promover resultados custo/efetivos e de qualidade.

§ 1º O Gerenciamento de casos é indicado aos pacientes portadores de doenças crônicas que, por descompensações frequentes utilizam de forma inadequada os recursos de saúde disponíveis e são responsáveis pela maioria das despesas médico-assistenciais.

§ 2º O acompanhamento permanente por equipe multiprofissional de saúde e de cuidadores bem treinados permitirá antecipar e prevenir complicações, motivar os pacientes para o autocuidado, promovendo melhoria da qualidade de vida e redução dos custos assistenciais a curto prazo.

§ 3º Para classificação dos riscos e complexidade são utilizados os seguintes indicadores:

- I - antecedentes pessoais e familiares,
- II - hábitos pessoais, histórico de saúde;
- III - funcionalidade e grau de dependência (escalas de Katz e Pfeffer);
- IV - risco de úlcera por pressão (Braden);
- V - risco de internações hospitalares (Pakala),
- VI - classificação de risco cardiovascular (Framingham), para diabéticos, hipertensos, asmáticos e portadores de DPOC.

§ 4º Para assegurar o êxito do programa fica estabelecida pesquisa específica ao conhecimento do perfil da carteira monitorada, além do acompanhamento dos indicadores.

Art. 4º Após avaliação dos pacientes, será realizada uma análise preliminar da população a ser assistida, mediante relatório específico, que deverá conter os seguintes dados:

I - Perfil epidemiológico:

- a) sexo;
- b) idade;
- c) escolaridade.

II - Perfil Clínico:

- a) distribuição por doenças;
- b) número de patologias por indivíduos;
- c) número de medicamentos por indivíduos.

III - Mudança de estilo de vida:

- a) percentual de sedentarismo;
- b) percentual de adesão a dieta;
- c) percentual de queda de tabagismo;
- d) percentual de obesidade;
- e) percentual de alcoolismo;
- f) avaliação por parte dos pacientes de sua saúde;
- g) índice de IMC.

Art. 5º A efetividade do programa é mensurada através do acompanhamento dos seguintes indicadores:

I - Indicadores de acompanhamento:

- a) idas ao PA;
- b) internação clínica/cirúrgica;
- c) internação CTI.

II - Eventos adversos:

- a) taxa de infecção;
- b) taxa de quedas;
- c) taxa de lesão cutânea;
- d) taxa de óbitos totais;
- e) taxa de óbitos domiciliares.

Art. 6º Considerando a complexidade e os indicadores para a classificação dos riscos, serão criados três níveis de atendimento para os pacientes denominados **GC1,GC2 e GC3**.

Do Gerenciamento de Casos 1 – GC1

Art. 7º O Gerenciamento de Casos 1 é destinado aos portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena sequela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo, dependentes parciais ou independentes de seus *cuidadores*; com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção; que apresentam histórico de internações sucessivas de curta duração, evitáveis; geram repetição de procedimentos e exames; pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exacerbação da doença.

§1º A previsão de recursos básicos para a assistência será de:

I - médico – uma visita inicial de avaliação e visitas trimestrais de acompanhamento;

II - enfermeiro – uma visita inicial de avaliação e visitas mensais de acompanhamento;

III - equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapia Ocupacional) - uma visita mensal de um membro da equipe, definido conforme plano de cuidados individualizado.

§ 4º Será disponibilizado, para os pacientes do GC1, o acompanhamento telefônico mensal e reavaliação semestral e tele-orientação.

Do Gerenciamento de Casos 2 – GC2

Art. 8º O Gerenciamento de Casos 2 é destinado aos portadores de doenças crônicas **com lesão de órgão alvo**, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com sequela neurológica, demência em fase intermediária e **sem uso de dispositivos** ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo; dependentes parciais de seus cuidadores e que por esta condição têm uma considerável dificuldade de acesso à rede de atenção e pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos e que apresentam infecções de repetição.

§ 1º A *previsão de recursos básicos para a assistência* será de:

I - médico – uma visita inicial de avaliação e visitas **bimestrais** de acompanhamento;

II - enfermeiro – uma visita inicial de avaliação e visitas mensais de acompanhamento;

III - equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapia Ocupacional) - duas visitas mensais um membro da equipe, definido conforme plano de cuidados individualizado.

§ 2º Será disponibilizado, para estes pacientes do GC2, acompanhamento telefônico mensal e reavaliação semestral e tele-orientação.

Do Gerenciamento de Casos 3 – GC3

Art. 9º O Gerenciamento de Casos 3 é destinado aos portadores de doenças crônicas de difícil controle; com lesão de órgão alvo; dependentes totais de seus *cuidadores*, **com uso de dispositivos e dificuldade de acesso a rede**; pacientes que apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos; pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação.

§ 1º A previsão de recursos básicos para a assistência será de:

I - médico – uma visita inicial de avaliação e visitas mensais, conforme plano de cuidado;

II - enfermeiro – uma visita inicial de avaliação e visitas mensais de acompanhamento;

III - equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Ter. Ocupacional) - **três** visitas mensais um membro da equipe, definido conforme plano de cuidados individualizado.

§ 2º Será disponibilizado, para estes pacientes, acompanhamento telefônico mensal e reavaliação semestral e tele-orientação.

§ 3º O Programa de Gerenciamento de Casos deverá observar, ainda, os seguintes procedimentos, ações ou providências:

I - disponibilidade de médico e enfermeiro para intercorrências - Plantão 24/7;

II - os recursos básicos serão definidos individualmente conforme plano de cuidado;

III - visita/sessão adicional de médico, enfermagem e equipe interdisciplinar serão remuneradas conforme a demanda;

IV - curativos e terapia medicamentosa (endovenosa/ intramuscular/subcutânea) poderão ser realizados conforme autorização e remunerados conforme demanda;

§ 4º O Programa de Gerenciamento de Casos não inclui o fornecimento de material, medicamento, locação de equipamento e remoção de pacientes.

Da Intervenção Específica

Art. 10 A Intervenção Específica é um procedimento destinado a pessoas inicialmente hospitalizadas, que possuem diagnóstico definido e condições clínicas estabilizadas, com possibilidade de continuidade de tratamento em ambiente domiciliar, com duração pré-determinada.

§ 1º O objetivo do programa é a desinternação (alta hospitalar) precoce e a realização do cuidado em casa com assistência humanizada que favoreça a recuperação do paciente.

§ 2º As principais doenças contempladas com as ações do programa de intervenção específica são:

I - pneumonia;

II - infecção do trato urinário;

- III - endocardite;
- IV - osteomielite;
- V - insuficiência cardíaca descompensada;
- VI - trombose venosa profunda;
- VII - desidratação;
- VIII - úlceras por pressão.

§ 3º Os pacientes indicados para o acompanhamento no programa de intervenção específica deverão ser avaliados ainda no hospital para a identificação dos materiais, equipamentos e medicamentos necessários ao atendimento. Diante das informações será elaborado orçamento com previsão dos recursos para o termino do tratamento no domicilio.

§ 4º A intervenção específica poderá ser dividida em grupos;

I - pela administração de medicamentos parenterais, quando a frequência de administração dos medicamentos é determinada pela prescrição do médico assistente considerando o número de aplicações ao dia, sendo que a remuneração por número de aplicação será nos valores abaixo indicados:

a) Intervenção Específica com 1 (uma) administração ao dia	R\$ 95,00
b) Intervenção Específica com 2 (duas) administrações ao dia	R\$ 145,00
c) Intervenção Específica com 3 (três) administrações ao dia	R\$ 195,00
d) Intervenção Específica com 4 (quatro) administrações ao dia	R\$ 245,00

II - pela utilização da soroterapia, indicada para aqueles pacientes com desidratação e que necessitam de infusão de soroterapia venosa contínua. Para estes casos é necessário o acompanhamento constante do técnico de enfermagem.

§ 5º A remuneração do **plantão 24 horas do técnico de enfermagem será de R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais).**

§ 6º O Programa de Intervenção Específica deverá observar, ainda, os seguintes procedimentos, ações ou providências:

I - disponibilidade médico e enfermeiro para intercorrências - Plantão 24/7;

II - visita de médico e enfermeiro serão definidos individualmente conforme necessidade específica por paciente;

III - interação com a família, paciente e o médico assistente, assegurando a prescrição do tratamento.

§ 7º O Programa de Intervenção Específica não inclui o fornecimento de material, medicamento, locação de equipamento e remoção de paciente.

Do Tratamento de Lesões de Pele

Art. 11 O programa de Tratamento de Lesões de Pele é destinado aos portadores de lesões cutâneas agudas ou crônicas que necessitam de acompanhamento especializado para a realização de curativos em domicílio que serão atendidos conforme a complexidade da lesão, se de baixa, média ou alta complexidade.

Do Tratamento de Lesões de Pele de Baixa Complexidade

Art. 12 Para os efeitos desta normativa os portadores de lesão com alteração da pele envolvendo comprometimento da epiderme com mudança na temperatura, consistência do tecido, sensação de coceira ou queimação, serão identificados como portadores de lesão de pele de baixa complexidade.

§ 1º A previsão de recursos básicos para a assistência será composta de:

I - visita de Enfermeiro;

II - cobertura com utilização de Sulzadiana de Prata ou Hidrogel ou Ácidos Graxos essenciais ou Filme transparente.

§ 2º A remuneração fixa por visita de curativo realizada será **R\$ 120,00 (cento e vinte reais)**.

§ 3º Para assegurar o êxito dos acompanhamentos dos portadores de lesões de pele de baixa complexidade a visita do enfermeiro responsável poderá ser realizada uma vez por semana.

Do Tratamento de Lesões de Pele de Média Complexidade

Art. 13 Para os efeitos desta normativa os portadores de lesão com alteração da pele, perda tecidual envolvendo epiderme, derme ou ambas, serão identificados como portadores de lesão de pele média complexidade.

§ 1º A previsão de recursos básicos para a assistência será composta de:

I - visita de Enfermeiro;

II - cobertura com utilização de Hidrocoloide placa ou malha impregnada com petrolatum.

§ 2º A remuneração fixa por visita de curativo realizada será de **R\$ 140,00 (cento e setenta reais)**.

Do Tratamento de Lesões de Pele de Alta Complexidade

Art. 14 Para os efeitos desta normativa os portadores de lesão com perda tecidual envolvendo danos ou necrose do subcutâneo ou perda tecidual total envolvendo destruição extensa dos

músculos e tecidos subjacentes, serão identificados como portadores de lesão de pele de alta complexidade.

§ 1º A previsão de recursos básicos para a assistência será composta de;

I - visita de Enfermeiro;

II - cobertura com utilização de carvão ativado com prata ou alginato de cálcio ou colágeno fibracol ou colagenase.

§ 2º A remuneração fixa por visita de curativo realizada será de **R\$ 170,00 (cento e setenta reais)**.

§ 3º O Programa de Tratamento de Lesões de pele deverá observar, ainda, os seguintes procedimentos, ações ou providências:

I - o valor remunerado trata-se por procedimento (curativo) realizado; e para atendimento de até 02 (duas) lesões.

II - quando o paciente possuir mais de uma lesão será utilizado como parâmetro para o tratamento a lesão de maior complexidade.

III - os materiais e coberturas serão fornecidos apenas para a realização do curativo pela enfermeira. Não serão deixados materiais na residência do paciente.

IV - a enfermeira treinará um cuidador para realização de troca da cobertura secundária nos dias em que não houver a visita.

§ 4º Para assegurar o êxito dos acompanhamentos dos portadores de lesões de pele de média ou alta complexidade o enfermeiro responsável poderá realizar de 02 (duas) a 03 (três) visitas semanais.

§ 5º A qualificação do custo do curativo dos portadores de lesão de pele de alta complexidade. será validada pela equipe de Auditoria do IPASGO.

DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR – TERAPIAS COMPLEMENTARES

Art. 15 para os efeitos desta normativa a assistência domiciliar refere-se aos serviços prestados aos pacientes portadores de doenças crônicas agudizadas em domicílio que necessitam de cuidados especializados durante um determinado período de tempo. O cuidado especializado é realizado por uma equipe interdisciplinar com objetivo de reabilitação do processo agudo, sem a presença do técnico de enfermagem.

§ 1º O programa de que trata o *caput* é destinado a pacientes com incapacidade temporária tais como: fratura de fêmur, seqüela recente de acidente vascular cerebral e pós-operatório de cirurgias ortopédicas.

§ 2º A previsão de recursos básicos para a assistência domiciliar será estabelecida após o processo de captação e de emissão de relatório pela empresa contratada, quando será apresentado orçamento com dimensionamento de recursos e intervenções, dentre os quais:

I - consulta médica domiciliar;

II - fisioterapia;

III - fonoaudióloga;

IV- terapia Ocupacional;

V - psicologia;

VI - nutrição;

VII - treinamento de cuidadores de idosos no domicílio.

VIII - referência de retaguarda para orientações aos usuários e/ou familiares e/ou cuidadores, por demanda dos mesmos.

§ 3º A remuneração fixa mensal por paciente incorporado será estabelecida de forma individualizada e particular, cujos orçamentos e condições serão discutidos conforme demanda apresentada.

DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR - HOME CARE

Art. 16 Trata-se de um processo de internação em ambiente domiciliar, **por tempo pré-estabelecido ou estimado**, destinado a pacientes com incapacidade temporária ou permanente, que necessitam de cuidados de equipe multidisciplinar, sendo estabelecido que o conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais deverá ser sempre supervisionado pela equipe médica.

§ 1º Os pacientes deverão ser classificados seguindo-se as normas editadas pela Associação Brasileira de Medicina Domiciliar - ABMID. Conforme a sucinta classificação abaixo:

I - baixa complexidade - Plantão de técnico de enfermagem 6H;

II - média complexidade - Plantão de técnico de enfermagem 12H;

III - alta complexidade - Plantão de técnico de enfermagem 24H .

§ 2º Os pacientes serão periodicamente reavaliados para adequação dos recursos necessários para a realização da assistência domiciliar.

§ 3º Os indicadores estabelecidos/acompanhados na assistência domiciliar são os seguintes:

I - percentual de pacientes de baixa complexidade;

II - percentual de pacientes de média complexidade;

III - percentual de pacientes de alta complexidade;

- IV - taxa de alta;
- V - taxa de internações hospitalares;
- VI - taxa de óbitos domiciliares;
- VII - taxa de infecção;
- VIII - taxa de úlcera por pressão;
- IX - taxa de queda.

Art.17 A remuneração pela prestação dos serviços de assistência/internação domiciliar será tratada de forma individualizada e particular, seguindo os parâmetros estabelecidos em níveis abaixo descritos:

§ 1º A previsão de recursos básicos para a assistência domiciliar será realizada conforme o nível do paciente, sendo que o **Nível A** contará com:

- a) técnico de Enfermagem – 6h (seis horas) por dia;
- b) médico – visitas mensais, conforme plano de cuidado;
- c) enfermeiro – visita inicial de avaliação e visitas semanais de acompanhamento;
- d) equipe Interdisciplinar (Enfermeiro ou Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapia Ocupacional) – **duas** visitas semanais um membro da equipe.

§ 2º Será disponibilizado, para os pacientes da assistência domiciliar, do **Nível A** acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação.

Art.18 No **Nível A** deverão ser disponibilizados os seguintes equipamentos para realização dos procedimentos pertinentes à assistência domiciliar:

- I - ambú com máscara;
- II - aparelho de aspiração;
- III - aparelho de para aferição de pressão arterial;
- IV - cama hospitalar;
- V - nebulizador;
- VI - suporte para soro.

§ 1º A equipe responsável pela assistência **Nível A** deverá levar a efeito os seguintes procedimentos:

- I - banho no leito;
- II - curativo pequeno;
- III - coleta de lixo hospitalar;
- IV - aspiração;
- V - medicação IM/EV.

§ 2º A previsão de recursos básicos para a assistência domiciliar no **Nível B** - contará com:

- I - técnico de Enfermagem – 12h (doze horas) por dia;
- II - médico – visitas quinzenais, conforme plano de cuidado;
- III - enfermeiro – visita inicial de avaliação e visitas semanais de acompanhamento;
- IV - equipe Interdisciplinar (Enfermeiro ou Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou e) Psicólogo ou Terapia Ocupacional) – **duas** visitas semanais de fisioterapeuta e uma visita quinzenal do nutricionista, além de visita, se necessário, de outro membros da equipe.

§ 3º Será disponibilizado para os pacientes da assistência domiciliar, acompanhamento telefônico mensal e reavaliação semestral e disponibilidade de tele-orientação.

§ 4º No **Nível B** deverão ser disponibilizados os seguintes equipamentos para realização dos procedimentos pertinentes à assistência domiciliar:

- I - ambú com máscara;
- II - aparelho de aspiração;
- III - aparelho de para aferição de pressão arterial;
- IV - cama hospitalar; nebulizador;
- V - suporte para soro.

§ 3º A equipe responsável pela assistência no **Nível B** deverá levar a efeito os seguintes Procedimentos:

- I - banho no leito;
- II - curativo pequeno, médio ou grande;
- III - coleta de lixo hospitalar;
- IV - aspiração;
- V - alimentação enteral;
- VI - sondagem nasogástrica-vesical;
- VII - medicação Intra muscular/Endovenosa.

Art. 19 No **Nível C** deverão ser disponibilizados os seguintes equipamentos para realização dos procedimentos pertinentes à assistência domiciliar:

- I - técnico de Enfermagem – 24h (vinte e quatro horas) por dia;
- II - médico – visitas semanais, conforme plano de cuidado;]
- III - enfermeiro – visita inicial de avaliação e visitas semanais de acompanhamento;
- IV - equipe Interdisciplinar (Enfermeiro ou Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Ter. Ocupacional) – **três** visitas semanais de fisioterapeuta e uma visita quinzenal do nutricionista, além de visita, se necessário, de outro membros da equipe.

§1º Será disponibilizado para os pacientes da assistência domiciliar, acompanhamento telefônico mensal e reavaliação semestral e tele-orientação.

§ 2º No **Nível C** deverão ser disponibilizados os seguintes equipamentos para realização dos procedimentos pertinentes à assistência domiciliar:

- I - ambú com máscara;
- II - aparelho de aspiração;
- III - aparelho de para aferição de pressão arterial;
- IV - cama hospitalar;
- V - nebulizador;
- VI - suporte para soro.

§ 3º A equipe responsável pelo **Nível C** de assistência deverá levar a efeito os seguintes Procedimentos

- I - banho no leito;
- II - curativo pequeno, médio ou grande;
- III - curativo de traqueostomia;
- IV - coleta de lixo hospitalar;
- V - aspiração;
- VI - alimentação enteral;
- VII - sondagem nasogástrica-vesical;
- VIII - instilação de Soro;
- IX - medicação IM/EV.

Dos Cuidados Paliativos - CP

Art. 20 O Programa de Cuidados Paliativos visa melhorar as condições de vida dos pacientes e familiares que enfrentam situações relacionadas à doença terminal. A finalidade precípua do programa é aliviar a dor, integrando aspectos psicológicos e de suporte no cuidado do doente em final de vida.

§ 1º Para realização dos procedimentos relativos aos cuidados paliativos deverão ser disponibilizados os seguintes recursos básicos:

- I - médico – uma visita inicial de avaliação e visitas quinzenais, conforme plano de cuidado;
- II - enfermeiro – uma visita inicial de avaliação e visitas mensais de acompanhamento;

III - psicólogo – visitas semanais, com, no mínimo um atendimento pós-óbito para a família;

IV - equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Ter. Ocupacional) - visitas mensais um membro da equipe.

§1º Será disponibilizado, para os pacientes sob cuidados paliativos o acompanhamento telefônico mensal e tele-orientação.

§ 2º Com a evolução da doença, o paciente provavelmente necessitará de migrar para internação domiciliar com suporte de técnico e administração de medicamento parenteral para controle adequado dos sintomas.

§ 3º O Programa de Cuidados Paliativos deverá observar, ainda, os seguintes procedimentos, ações ou providências:

I - disponibilidade médico e enfermeiro para intercorrências - Plantão 24/7;

II - os recursos básicos serão definidos individualmente conforme plano de cuidado;

III - visita/sessão adicional de médico, enfermagem e equipe interdisciplinar serão remuneradas conforme demanda;

IV - realização de curativos e terapia medicamentosa (endovenosa/ intramuscular/ subcutânea) poderão ser realizados conforme autorização e remunerados conforme demanda.

§ 4º O Programa de Cuidados Paliativos não inclui o fornecimento de material, medicamento, locação de equipamento e remoção de paciente.

Das Orientações Gerais

Art. 21 O programa instituído nesta Portaria Normativa consiste no monitoramento do usuário do IPASGO que, após avaliação, for considerado paciente crônico, por equipe específica, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, cuidadores e outros profissionais que se fizerem necessários e será executado por prestador de serviço credenciado junto ao IPASGO.

Art. 22 A adesão ao programa é facultativa e dependerá da manifestação expressa do segurado ou de um de seus familiares, além da aprovação prévia da equipe de auditores do IPASGO.

Art. 23 A remuneração do prestador de serviço é aquela fixada nesta Portaria, conforme art. 1º e ANEXO ÚNICO.

Art. 24 Para credenciar-se como prestador de serviços do **Programa de Reabilitação e Cuidados Especiais – PRCE**, os interessados deverão apresentar os documentos previstos no Regulamento Geral do Sistema de Credenciamento do IPASGO, além da lista atualizada de seu corpo clínico, bem como dos equipamentos.

Art. 25 Além das licenças exigidas pelos órgãos sanitários competentes, o credenciamento dependerá de aprovação prévia da Diretoria de Saúde que avaliará caso a caso, mediante visita prévia e a conformidade da documentação apresentada.

Art. 26 Esta Portaria Normativa entra em vigor na data de sua publicação no endereço eletrônico do IPASGO, www.ipasgo.go.gov.br.

Publique-se.

Diretoria Colegiada do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás – IPASGO, em Goiânia, ao 7º dia do mês de maio de 2012.

JOSÉ TAVEIRA ROCHA
Presidente

MÚCIO BONIFÁCIO GUIMARÃES
Diretor de Assistência

SEBASTIÃO FERRO DE MORAES
Diretor de Saúde

FAUSTO PONTES DA CRUZ
Diretor de Gestão Planejamento e Finanças

ANEXO ÚNICO

TABELA DE PREÇOS

Item	Unidade de referência	Valor em Reais
1 Gerenciamento de Doenças	Mês	R\$ 120,00
2.1 Gerenciamento de casos 1	mês	R\$ 315,00
2.2 Gerenciamento de casos 2	mês	R\$ 405,00
2.3 Gerenciamento de casos 3	mês	R\$ 522,50
6.1 Home Care Nível A	dia	R\$ 171,00
6.2 Home Care Nível B	dia	R\$ 225,00
6.3 Home Care Nível C	dia	R\$ 350,00
7 Cuidados Paliativos	mês	R\$ 855,00