

## REVOGADA PELA PORTARIA NORMATIVA Nº 7-2017/PR

### PORTARIA NORMATIVA nº 13-2013/PR

~~Alterada em parte pela Portaria Normativa nº 14-2014/PR, Portaria Normativa nº 9-2015/PR e Portaria Normativa nº 15-2016/PR.~~

~~O Presidente 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 manutenção da política de constante melhoria e ampliação dos serviços disponibilizados aos usuários do sistema assistencial;~~  
~~Considerando o regime jurídico administrativo a que se submete o IPASGO, no exercício de sua atribuição legal, notadamente o princípio da impessoalidade;~~  
~~Considerando o teor da solicitação e as sugestões constantes do Memorando nº 182-2013/DAS/DS da Diretoria de Assistência ao Servidor, fundamentando a necessidade de implantação do **Programa de Reabilitação e Cuidados Especiais – PRCE**, estruturado em diferentes formas de atendimentos extra-hospitalares;~~  
~~Considerando que a Diretoria do IPASGO pauta sua atuação na permanente busca pelo equilíbrio entre receitas e despesas;~~  
~~Considerando, ainda, a necessidade de cumprimento da norma NBR ISO 9001:2008, estabelecida pelo Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ,~~

### 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, como o Gerenciamento de Doenças – GD, e Gerenciamento de Casos Crônicos – GC, Internação Domiciliar – *Home Care*, Cuidados Paliativos – CP e Atendimento Domiciliar em Terapias Complementares, descritos nesta Portaria,~~

~~Parágrafo único. O PRCE será desenvolvido com fundamento nos seguintes procedimentos e princípios básicos:~~

- ~~I – reavaliações mensais de acordo com planos de cuidado para manutenção ou alta do programa;~~
- ~~II – avaliação dos indicadores adotados;~~
- ~~III – utilização do prontuário eletrônico;~~
- ~~IV – visão clara dos objetivos da assistência;~~
- ~~V – comunicação e interação do prestador, Ipasgo, paciente e família;~~
- ~~VI – papéis definidos do prestador e família;~~
- ~~VII – prazos previamente definidos;~~
- ~~VIII – consentimento do usuário ou família para a prestação dos serviços nos moldes estabelecidos na presente Portaria e demais atos regulamentares pertinentes.~~

### Disposições Gerais para Execução do PRCE

~~**Art. 2º** 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 médicos.~~

**Art. 3º** Além das licenças exigidas pelos órgãos sanitários competentes, o credenciamento dependerá de aprovação prévia da Diretoria de Assistência ao Servidor que avaliará caso a caso, mediante visita prévia e a conformidade da documentação apresentada.

### **Das Disposições Gerais para Execução dos Programas de Gerenciamento de Doenças – GD e de Casos Crônicos – GC**

**Art. 4º** O programa de GD e GC 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 e outros profissionais que se fizerem necessários e será executado por prestador de serviço credenciado junto ao Ipasgo.

**Art. 5º** Os pacientes elegíveis para o GD e GC são usuários ativos do Sistema Ipasgo Saúde, com idade superior a 60 (sessenta) anos, ou classificados em qualquer nível de doença crônica não transmissível ou com histórico de custo médio mensal nos últimos 12 (doze) meses superior a R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

**Art. 6º** A Diretoria de Assistência ao Servidor – DAS, é responsável pela aprovação de listas de usuários elegíveis, contendo lotes com no máximo 200 (duzentos) a indivíduos que serão submetidos a avaliação inicial e classificação. A Diretoria de Gestão, Planejamento e Finanças – DGPF, emitirá parecer com referência à capacidade e viabilidade financeira para a execução da correspondente despesa.

### **Da Avaliação Inicial e Classificação de Usuários Elegíveis ao GD e GC**

**Art. 7º** Os usuários elegíveis serão avaliados por meio de escalas que identifiquem os fatores de risco e a mensuração de gravidade das comorbidades, mediante utilização dos 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.

§1º Como resultado da avaliação inicial serão produzidas as classificações dos usuários elegíveis ao ingresso no programa de acordo com o respectivo Plano de Cuidados e os termos desta Portaria.

§2º Para os efeitos da presente normativa o Plano de Cuidados é formulário individual para registro do diagnóstico das patologias identificadas, definições de acompanhamento e intervenções necessárias à prevenção e reabilitação do paciente. O Plano de cuidados é documento imprescindível ao início da prestação dos serviços.

§3º A aprovação da Classificação dos usuários nos respectivos grupos (GD e GC) e Plano de Cuidados, pelo Ipasgo, indicará a permissão para início do atendimento.

**Art. 8º** A mudança do paciente de um nível de classificação para outro, tanto para progressão quanto para regressão, somente será efetivada após aprovação da Coordenação de Auditorias em Gerenciamento de Crônicos (COAGC).

**Art. 9º** A adesão ao programa é facultativa e dependerá da manifestação expressa do segurado ou de um familiar responsável mediante assinatura do Termo de Adesão, que é o documento imprescindível ao início da prestação dos serviços e será apresentado no mês subsequente ao mês de início dos atendimentos.

~~Parágrafo único. Todos os dados pertinentes aos usuários elegíveis, desde sua Avaliação Inicial, serão continuamente disponibilizados ao Ipasgo, em meio eletrônico.~~

~~**Art. 10** As datas dos eventos de inclusão, alta, desistência e falecimento de pacientes deverão, necessariamente, ser registradas nos prontuários individuais. Caberá a COAGC a confirmação das datas dos eventos.~~

~~Parágrafo único. Às guias com registro de que o usuário/paciente não completou os 30 dias de acompanhamento, serão aplicadas glosa parcial, contabilizada conforme atendimentos realizados até a data do evento informado.~~

~~**Art. 11** No caso de guia em que a justificativa de atendimento ocorreu por indisponibilidade ou não autorização do usuário, será aplicada glosa parcial, contabilizada conforme atendimentos efetivamente realizados. Nas reincidências, os casos serão reavaliados e reclassificados e se for o caso, levará ao desligamento do usuário do programa, conforme definição em parecer da auditoria.~~

~~**Art. 12** A ocorrência de internação dos usuários em acompanhamento nos termos desta Portaria Normativa implica no desligamento do programa até a finalização do referido evento.~~

~~Parágrafo único. A Empresa será comunicada da ocorrência pela COAGC e a continuidade do acompanhamento após alta hospitalar será definida pela COAGC.~~

~~**Art. 13** Considerando que cada usuário incluído no programa requer acompanhamento diferenciado, e de acordo com as respectivas necessidades, fica estabelecido que a carteira de pacientes de cada empresa credenciada será gerenciada observando os procedimentos abaixo detalhados:~~

- ~~I – Os recursos básicos serão definidos conforme classificações e plano de cuidados;~~
- ~~II – acompanhamento mensal de enfermagem para todos os usuários elegíveis;~~
- ~~III – nos Gerenciamentos GC1, GC2 e GC 3 as previsões de recursos básicos serão discriminadas por especialidades (médicos, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas) na sua totalidade e serão reservados atendimentos preventivos e de intervenção, de acordo com as necessidades individuais, definidas nos respectivos Planos de Cuidados;~~
- ~~IV – necessidade de visita/sessão adicional de médico, enfermagem e equipe interdisciplinar serão avaliados previamente pelo prestador e COAGC;~~
- ~~V – curativos e terapia medicamentosa (endovenosa/intramuscular/subcutânea) poderão ser realizados conforme autorização e serão remunerados conforme demanda.~~

~~Parágrafo único. O Programa de Gerenciamento de Casos não inclui o fornecimento de material, medicamento, locação de equipamento e remoção de pacientes.~~

~~**Art. 14** A remuneração pela prestação dos serviços de Gerenciamento de Doenças (Casos 1, 2 e 3), da Assistência Domiciliar (Níveis A, B e C) e Cuidados Paliativos será tratada de forma individualizada e particular, seguindo os parâmetros estabelecidos, observados os valores discriminados no Anexo único desta Portaria Normativa.~~

~~**Art. 15** Quando da ocorrência de glosas serão consideradas as previsões de recursos em sua totalidade nas seguintes áreas: médicos, psicólogos, nutricionista, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, observada a seguinte proporção:~~

<del>% Serviços Executados</del>	<del>% Glosa</del>
<del>100% (cem por cento)</del>	<del>=</del>
<del>90% (noventa por cento)</del>	<del>10% (dez por cento)</del>
<del>50% (cinquenta por cento)</del>	<del>50% (cinquenta por cento)</del>

~~Parágrafo único. Nos casos específicos em que 50% (cinquenta por cento) dos serviços, ou menos, foi executado, a empresa será chamada a prestar esclarecimentos e poderá ser descredenciada por descumprimento do contratado.~~

### ~~Do Gerenciamento de Doenças – GD~~

~~Art. 16 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 Gerenciamento de Doenças – GD é destinado aos pacientes portadores de doenças crônicas sem lesão de órgão alvo e totalmente independentes para atividades de vida diária e, tem como objetivo a prevenção da evolução das doenças preexistentes, além da identificação dos fatores de riscos de novas comorbidades, cuja atuação dar-se-á pela promoção da saúde com foco no auto cuidado e modificação do estilo de vida.~~

~~§ 2º Os usuários serão avaliados por meio de escalas para identificação dos fatores de risco e mensuração da gravidade das comorbidades dos pacientes elegíveis para o programa. Para classificação dos riscos e complexidade serão adotados 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.~~

~~§ 3º A efetividade do programa será mensurada mediante adoção 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 O atendimento ora regulamentado será indicado para os pacientes portadores de mais de uma doença crônica, sem lesão de órgão alvo, totalmente independentes para atividades de vida diária e que necessitam do acompanhamento para garantir a adesão ao tratamento, evitando a progressão das doenças.~~

~~§ 5º O acompanhamento será realizado por equipe multidisciplinar, definida a partir da avaliação inicial, quando são identificados os principais fatores de riscos, com previsão de recursos básicos para a assistência composta por:~~

- ~~I – enfermeiro: uma visita inicial de avaliação;~~
- ~~II – equipe interdisciplinar (enfermeiro ou fisioterapeuta ou nutricionista ou fonoaudiólogo ou psicólogo ou terapeuta ocupacional): uma visita mensal de membro da equipe, devendo haver o apontamento dos seguintes exemplos que indicam os grupos de riscos com o respectivo profissional indicado para o seguimento clínico:~~

- ~~a) diabético – nutricionista;~~
- ~~b) portador de doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC/asma – fisioterapeuta;~~
- ~~e) cardiopata – enfermeiro.~~

~~§ 6º Para os pacientes inscritos no PRCE será disponibilizado acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação por membro de equipe especializada.~~

## **Do Gerenciamento de Casos Crônicos – GC**

**Art. 17** O Gerenciamento de Casos Crônicos é 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 auto-cuidado, promovendo melhoria da qualidade de vida e redução dos custos assistenciais a curto prazo.

§ 3º Para classificação dos riscos e complexidade serão 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 será realizada pesquisa específica ao conhecimento do perfil da carteira de usuários monitorados, além do acompanhamento dos indicadores.

**Art. 18** 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 conforme:

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

II – perfil clínico conforme:

- 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, acerca da própria saúde;
- g) índice de massa corporal.

**Art. 19** A efetividade do programa será mensurada por meio do acompanhamento dos seguintes indicadores:

I – de acompanhamento:

- a) idas ao PA (Posto de Atendimento);
- b) internação clínica/cirúrgica;
- c) internação em Centro de Terapia Intensiva.

II – eventos adversos:

- a) taxa de infecção;
- b) taxa de quedas;

- e) taxa de lesão cutânea;
- d) taxa de óbitos totais;
- e) taxa de óbitos domiciliares.

**Art. 20** 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. 21** 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:

- I – necessitem de monitoramento menos intensivo, dependentes parciais ou são independentes de seus Cuidadores;
- II – possuem pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;
- III – apresentam histórico de internações sucessivas de curta duração, evitáveis;
- IV – geram repetição de procedimentos e exames; e,
- V – são 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 terapeuta ocupacional) – uma visita mensal de membro da equipe, definido conforme plano de cuidados individualizado.

§ 2º Para os pacientes do GC1 será disponibilizado o acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação.

#### **Do Gerenciamento de Casos 2 – GC2**

**Art. 22** 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:

- I – necessitem de monitoramento intensivo;
- II – sejam dependentes parciais de seus cuidadores e que por esta condição tem considerável dificuldade de acesso à rede de atenção;
- III – apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos; e
- IV – 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 Para os pacientes do GC2 será disponibilizado o acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação.

#### **Do Gerenciamento de Casos 3 – GC3**

**Art. 23** O Gerenciamento de Casos 3 é destinado aos portadores de doenças crônicas de difícil controle, com lesão de órgão alvo, que:

I – sejam dependentes totais de seus *cuidadores*, com uso de dispositivos e dificuldade de acesso a rede;

II – apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

III – receberam alta recente, estão estáveis, com 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 cuidados;

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

III – equipe interdisciplinar (fisioterapeuta ou nutricionista ou fonoaudiólogo ou psicólogo ou terapeuta ocupacional) – três visitas mensais de membro da equipe, definido conforme plano de cuidados individualizado.

§ 2º Na execução do Programa de Gerenciamento de Casos serão observados, ainda, os seguintes procedimentos, ações e ou providências:

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

II – os recursos básicos serão definidos individualmente conforme plano de cuidados;

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 serão remunerados conforme demanda.

§ 3º Será disponibilizado, para estes pacientes, acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação.

§ 4º O Programa de Gerenciamento de Casos não inclui o fornecimento de materiais, medicamentos, locação de equipamentos e remoção de pacientes.

### **Da avaliação semestral GD e GC**

**Art. 24** Os usuários em acompanhamento no programa, serão reavaliados a cada semestre, pela empresa credenciada, que indicará, conforme o caso, sugestão de alta, continuidade, mudança no tipo de acompanhamento ou migração para outro programa, devendo a COAGC realizar a averiguação/auditoria da reavaliação e produzir os documentos para conhecimento do usuário, do credenciado e da Diretoria de Assistência de Saúde.

### **Da Internação Domiciliar – HOME CARE**

**Art. 25** 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 A triagem de usuários elegíveis para a internação em ambiente domiciliar denominada *Home Care*, deverá obedecer os seguintes critérios:

I – usuário hospitalizado e de longa permanência (mais de 15 dias) e acamados e totalmente dependentes com incapacidade temporária ou definitiva para a atividade de vida diária;

II – estabilidade clínica para se manter em casa;

III – residir na área de abrangência (Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade e Anápolis);

IV – necessita cuidados de vida, contínuos e diários e/ou monitorização por pessoa treinada na área de saúde.

~~§ 2º Os pacientes elegíveis ao *Home Care* deverão ser classificados seguindo-se as normas editadas pela Associação Brasileira de Medicina Domiciliar – ABMID –, conforme escalonamento 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.~~

~~§ 3º Das etapas para admissão do paciente no *Home Care*:~~

- ~~I – relatório e consentimento do médico assistente para encaminhamento ao *Home Care*;~~
- ~~II – consentimento do paciente e/ou família do usuário. Identificação do interlocutor da família/cuidador;~~
- ~~III – avaliação de complexidade pela auditoria médica e de enfermagem do Ipasgo;~~
- ~~IV – comunicação à empresa para fazer avaliação e orçamento;~~
- ~~V – avaliação das condições do domicílio, de acessibilidade, segurança do local e elaboração do plano terapêutico pela empresa credenciada.~~

~~§ 4º Os pacientes serão mensalmente reavaliados pelas equipes do Ipasgo e empresa credenciada para adequação dos recursos necessários à realização da assistência domiciliar.~~

~~§ 5º Os indicadores estabelecidos para acompanhamento na assistência domiciliar são os seguintes:~~

- ~~I – percentual de pacientes de baixa, média e alta complexidade;~~
- ~~II – taxa de alta e de internações hospitalares;~~
- ~~III – taxa de óbitos domiciliares;~~
- ~~IV – taxa de infecção;~~
- ~~V – taxa de úlcera por pressão;~~
- ~~VI – taxa de queda; e,~~
- ~~VII – custos monetários mensais.~~

~~**Art. 26** O Plano de Cuidados mensal do paciente deve ser individualizado e disponibilizado eletronicamente pela empresa, para visualização pela auditoria do Ipasgo.~~

~~**Art. 27** As autorizações para realização dos orçamentos de internação domiciliar serão distribuídas de forma isonômica para cada prestador, respeitando a ordem de autorização e níveis de complexidade, devendo, obrigatoriamente, ser encaminhadas para avaliação dos auditores médicos da Gerência de Auditoria de Procedimento.~~

~~§º 1º Após autorização do orçamento, a Coordenação de Auditoria em Atenção Domiciliar solicitará à empresa contratada, o envio do Plano de Cuidados mensal, bem como do termo de adesão assinado pelo responsável legal.~~

~~§ 2º A autorização para o início do atendimento domiciliar será efetivada após a avaliação da pertinente documentação solicitada pela Coordenação de Auditoria em Atenção Domiciliar.~~

~~**Art. 28** A previsão de recursos básicos para a assistência domiciliar será realizada conforme o nível do paciente, sendo que o **Nível A** contará com:~~

- ~~I – técnico de enfermagem – 6h (seis horas) por dia;~~
- ~~II – médico – visitas mensais, conforme plano de cuidados;~~
- ~~III – enfermeiro – visita inicial de avaliação e visitas semanais de acompanhamento;~~
- ~~IV – equipe interdisciplinar (enfermeiro ou fisioterapeuta ou nutricionista ou fonoaudiólogo ou psicólogo ou terapia ocupacional) – **duas** visitas semanais por um membro da equipe.~~

~~§ 1º Aos pacientes da assistência domiciliar do **Nível A** será disponibilizado acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação.~~

~~§ 2º Para acompanhamento dos pacientes do **Nível A** de assistência serão 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 pelos pacientes do **Nível A** de assistência 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.

**Art. 29** 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 psicólogo ou terapia ocupacional) - **duas** visitas semanais de fisioterapeuta e uma visita quinzenal de nutricionista, além de visita, se necessário, de outros membros da equipe.

§ 1º Para acompanhamento dos pacientes do **Nível B** de assistência domiciliar 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.

§ 2º A equipe responsável pelos pacientes do **Nível B** de assistência domiciliar 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.

§ 3º Aos pacientes em assistência domiciliar, será disponibilizado acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e disponibilidade de tele-orientação.

**Art. 30** A previsão de recursos básicos para a assistência domiciliar no **Nível C** contará com:

- 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 Terapia Ocupacional) - **três** visitas semanais de fisioterapeuta e uma visita quinzenal de nutricionista, além de visita, se necessário, de outros membros da equipe.

§ 1º Aos pacientes do **Nível C** serão 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.

§ 2º A equipe responsável pelos pacientes do **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.

§ 3º Aos pacientes da assistência domiciliar será disponibilizado acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação.

§ 4º O usuário em internação domiciliar com enfermagem 06, 12 ou 24 horas, não tem autorização para sair da residência para atividades de lazer (tais como: passeios, parques, festas, viagens ou deslocamentos fora do local de atendimento) sem a expressa autorização da equipe assistente.

**Art. 31** A mudança de nível de complexidade do tratamento será analisada pela Coordenação de Auditoria em Atenção Domiciliar, após solicitação da empresa mediante relatório médico e visita técnica dos profissionais do Ipasgo.

**Art. 32** Para a alta do paciente serão observados os seguintes critérios:

- I – a estabilidade clínica, sendo possível o auto cuidado;
- II – não adesão pela família aos cuidados com o paciente;
- III – óbito;
- IV – exclusão do Sistema Ipasgo Saúde;
- V – mudança de domicílio para local sem abrangência de atendimento;
- VI – ausência de cuidador;
- VII – necessidade de internação hospitalar.

#### **Dos Cuidados Paliativos – CP**

**Art. 33** 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 O atendimento em cuidados paliativos será disponibilizado mediante as seguintes condições e ou procedimentos:

- I – prestação de cuidados interdisciplinares;
- II – o paciente e os familiares devem ser envolvidos no processo de tomada de decisões;
- III – registros sistemáticos de detecção precoce e monitoramento de problemas;
- IV – plano de cuidados mensal;
- V – consentimento informado/registrado;
- VI – privacidade e sigilo;

§ 2º 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 cuidados;

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 terapia ocupacional): visitas mensais um membro da equipe.–

§ 3º Para os pacientes sob cuidados paliativos será disponibilizado o acompanhamento telefônico mensal e tele-orientação.

§ 4º Considerando a evolução da doença, a migração para internação domiciliar com necessidade de suporte técnico e administração de medicamento parenteral para controle adequado dos sintomas, será avaliada pelo Ipasgo.

§ 5º O Programa de Cuidados Paliativos 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 demanda;

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

§ 6º O Programa de Cuidados Paliativos não inclui o fornecimento de material, medicamento, locação de equipamento e remoção de paciente.

### **Do Atendimento Domiciliar em Terapias Complementares**

**Art. 34** Os atendimentos de Terapias Complementares – TC, referem-se ao grupo de abordagens não consideradas parte da medicina tradicional e englobam diversas práticas de atenção à saúde, consistindo em processo terapêutico com objetivo na correção, conservação, desenvolvimento ou restabelecimento das habilidades físicas e emocionais, necessárias para o exercício funcional das atividades de vida diária.

§ 1º No atendimento domiciliar em Terapias Complementares as ciências da fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional serão adotadas como referência nas práticas adotadas, com vistas à reabilitação dos pacientes.

§ 2º É de responsabilidade das unidades de Coordenação de Auditoria de Terapias Complementares e da Coordenação de Auditoria em Atenção Domiciliar de Ações Terapêuticas as seguintes providências:

I – gerenciar, fiscalizar e auditar os serviços prestados pelas empresas credenciadas, prestadoras de serviço domiciliar em terapias complementares.

II – realizar o encaminhamento do usuário ao prestador;

III – acompanhar as etapas do atendimento, bem como avaliar a qualidade do serviço prestado ao usuário.

### **Das Indicações para Atendimento Domiciliar**

**Art. 35** O atendimento de Terapias Complementares – TC, em domicílio destina-se aos usuários temporariamente acamados, ou que possuam impossibilidade física de locomoção até a unidade de saúde, e que necessitam de cuidados com maior frequência, bem como de acompanhamento contínuo para reabilitação de evento agudo advindo de doença.–

### **Dos Critérios para o Atendimento Domiciliar em TC**

**Art. 36** O atendimento domiciliar em TC será disponibilizado ao usuário que comprove ser portador de:–

I – diagnóstico firmado, com indicação do atendimento domiciliar para terapias complementares, mediante relatório do médico assistente; e;  
II – dependência física, acometido por problemas de saúde agudos, que dificultem ou impossibilitem sua locomoção até um ambulatório.

§ 1º Os usuários elegíveis ao atendimento domiciliar serão avaliados pela equipe da Coordenação de Auditoria de Terapias Complementares e pela Coordenação de Auditoria em Atenção Domiciliar Terapêutica, do IPASGO, caso em que será adotada a *Escala Modificada de Barthel*, para a mensuração do grau de dependência para a adesão ao Atendimento em Terapias Complementares, nas seguintes situações:

- I – de 0 a 25 = totalmente dependente;  
II – de 26 a 50 = dependência severa.

§ 2º A autorização para as demais especialidades de atendimento domiciliar em Terapias Complementares é condicionada à necessidade do atendimento da especialidade de Fisioterapia.

**Art. 37** O atendimento domiciliar dar-se-á somente após a assinatura do termo de adesão e da expressa autorização da Coordenação de Auditoria de Terapias Complementares e da apresentação do plano de cuidados individual.

§ 1º O plano de cuidados mensal será entregue na Coordenação de Auditoria de TC, pelo prestador credenciado.

§ 2º Os atendimentos serão autorizados em número máximo de:

- I – 12 sessões para execução em um período de 30 dias para Fisioterapia;  
II – 12 sessões para execução em um período de 30 dias para Fonoaudiologia;  
III – 5 sessões para execução em um período de 30 dias para Psicologia;  
IV – 5 sessões para execução em um período de 30 dias para Terapia Ocupacional.

§ 3º Em caso de dependência severa ou total, sessões extras de fisioterapia e fonoaudiologia poderão ser autorizadas não ultrapassando o limite de 20 sessões mensais, sendo que a necessidade de aumento do número de atendimentos deve ser comprovada mediante a apresentação de relatório médico detalhado com a justificativa da necessidade, seguida da análise da auditoria.

§ 4º As demais terapias deverão permanecer com número de sessões estabelecido na normativa, independentemente da apresentação de relatório médico.

### Dos Códigos Autorizados

**Art. 38** O Atendimento Domiciliar é autorizado no código 91.01.001-0, no valor de 72,84 CH, no valor de 136 CH, e constitui procedimento suplementar, representando a remuneração dos custos de deslocamento do prestador, incluído na guia de procedimento fisioterapêutico, fonoaudiológico, psicológico, em Terapia Ocupacional, multiplicado pelo número de sessões autorizadas.

*Nova Redação dada pela Portaria Normativa nº 14-2014/PR*

§ 1º Os atendimentos serão realizados mediante a retirada de guia, pelo usuário, com coparticipação de 30% do valor total.

§ 2º Associados ao código 91.01.001-0, são admitidos no atendimento domiciliar, os seguintes códigos em:

I – fisioterapia:

<b>25.02.001-3</b> (Ataxias)	<b>25.02.006-4</b> (Miopatias)	<b>25.02.008-0</b> (Paraplegia e Paraparesia)	<b>25.03.001-9</b> (Distúrbios circulatórios artério-venosos e linfáticos)
<b>25.02.003-0</b> (Hemiplegia e Hemiparesia)	<b>25.02.011-0</b> (Parkinson e Alzheimer)		<b>25.04.004-9</b> (Doenças pulmonares atendidas em ambulatório)

<b>25.02.004-8</b> (Lesão nervosa periférica afetando mais de um nervo com alterações sensitivas ou motoras)	<b>25.02.012-9</b> (Quadriplegia e Quadriparesia)	<b>25.06.007-4</b> (Recuperação funcional pós-operatório ou pós-imobilização – fratura ou luxação – mais de 1 membro)
<b>25.04.005-7</b> (Paciente com DPOC em atendimento ambulatorial necessitando reeducação e reabilitação respiratória)	<b>25.06.006-6</b> (Recuperação funcional pós-operatório ou pós-imobilização – fratura ou luxação – 1 membro)	<b>25.05.005-2</b> (Alterações degenerativas ou inflamatórias afetando segmentos da coluna vertebral e membros)

**II – fonoaudiologia:-**

<b>60.03.002-0</b> (Distúrbios de Motricidade Orofacial)	<b>60.04.001-7</b> (Distúrbios de Linguagem)
--	--

**III – psicologia:-**

<b>80.01.001-6</b> (Psicoterapia individual)	=
--	---

**IV – terapia ocupacional:-**

<b>25.13.001-3</b> (Atendimento Individual em T.O.- Desordens Funcionais de Origem Neurológica)	<b>25.13.002-1</b> (Atendimento Individual em T.O. – Desordens Funcionais de Origem Traumatológica)
---	---

Art. 38 O atendimento dentro do “Programa de Internação Domiciliar (Home Care)” e do “Programa de Atendimento domiciliar em Terapias Complementares” será realizado mediante solicitação dos seguintes procedimentos e seus respectivos códigos e valores:

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT.-CH	VALOR-CH
00081019	FISIOTERAPIA DOMICILIAR	109,59	0,5475
00081027	FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR	109,59	0,5475
00081035	PSICOLOGIA DOMICILIAR	109,59	0,5475
00081043	NUTRIÇÃO DOMICILIAR	109,59	0,5475

§1º Estes códigos remuneram a atuação do profissional e o seu deslocamento até o local do atendimento.

§2º Os códigos acima listados são considerados mutuamente excludentes com todos os códigos dos grupos 17 (NUTRIÇÃO), 25 (FISIATRIA, FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO), 60 (FONOAUDIOLOGIA) e 80 (PSICOLOGIA) da Tabela de procedimentos do IPASGO Saúde, sendo vedada a solicitação, autorização e remuneração concomitante através destes códigos.  
~~(redação dada pela Portaria Normativa nº 15-2016/PR, de 03/08/2016)~~

**Do Período de Duração do Atendimento Domiciliar em Terapias Complementares**

**Art. 39** Para o atendimento domiciliar em Terapias Complementares será fixado um período máximo de **03** meses para pacientes em Pós-Operatório e de **06** meses para os demais casos, conforme indicação da auditoria do IPASGO.

§ 1º Em casos de pacientes acamados, com comprometimento respiratório agudo e internação recente, sem patologia respiratória de base, será autorizado o código para tratamento de doença respiratória associado ao de tratamento motor por período máximo de 03 meses.

§ 2º Após o desligamento do usuário do programa de atendimento domiciliar em TC, não será permitido nova adesão em decorrência do mesmo evento de doença.

§ 3º Antes do término do período máximo autorizado pela auditoria e, havendo necessidade da continuidade do acompanhamento, o usuário poderá ser reavaliado uma única vez, podendo ser mantido no atendimento domiciliar em Terapias Complementares – TC, pelos períodos determinados neste artigo ou encaminhado para a equipe de Gerenciamento de Crônicos, para análise da possibilidade de migração para outro programa.

### ~~Validação das Sessões de Atendimento Domiciliar em TG~~

~~Art. 40~~ Para fins de comprovação da execução dos serviços os profissionais da rede credenciada deverão realizar a validação das sessões de atendimento, observados os seguintes procedimentos:

~~I~~ – emissão da guia de atendimento ambulatorial com a quantidade de sessões autorizadas no período;

~~II~~ – à cada sessão realizada, o prestador acessará o sistema de emissão de guias, no campo de Lista de Autorizações Terapias e localizará a última guia emitida para realizar a validação, utilizando o cartão do usuário.

~~§ 1º~~ O procedimento de validação de sessões **não** gera nenhum ônus ao usuário.

~~§ 2º~~ Não será autorizada a realização de mais de uma sessão por dia, para o mesmo usuário.

~~§ 3º~~ As guias serão automaticamente corrigidas pelo sistema e os pagamentos aos prestadores será realizado de acordo com as validações efetivadas. O faturamento das respectivas guias obedecerá às regras específicas ao procedimento.

### ~~Da Responsabilidade da Família no Atendimento Domiciliar~~

~~Art. 41~~ A família/cuidador deve participar ativamente dos cuidados, sendo responsável pelas atividades diárias do usuário (alimentação, vestuário, banho, higiene, comodidade, lazer, etc.), para o que será devidamente orientada quanto aos cuidados e demais atividades necessárias ao bem-estar do usuário, sendo que é de responsabilidade do prestador credenciado a realização do treinamento.

~~Parágrafo único.~~ Para agilizar as validações das sessões realizadas pelos profissionais o Cuidador deve manter o cartão do usuário em local de fácil acesso e de conhecimento prévio pelos demais familiares porventura envolvidos no acompanhamento do paciente.

~~Art. 42~~ É de responsabilidade da família/cuidador providenciar o **Cuidador** (familiar ou contratado), bem como as demais condições e ou adaptações na residência, que sejam necessárias para o início e a continuidade do atendimento do usuário.

~~Art. 43~~ A aquisição de medicamentos de uso crônico, locação ou aquisição de materiais, aparelhos e equipamentos individuais, como: nebulizador, aspirador, termômetro, cama hospitalar, cadeira de rodas, de banho, dentre outros, que o paciente tenha necessidade, é de responsabilidade da família.

~~Art. 44~~ Todo usuário deve possuir um prontuário/pasta destinado ao arquivamento das evoluções e relatórios da equipe que realiza os atendimentos.

~~Parágrafo único.~~ A guarda e a conservação do prontuário/pasta do usuário é de responsabilidade da família, que deverá levar o referido documento em todas as consultas e ou exames, visando o fornecimento das informações registradas, que servirão a auxiliar no atendimento e na continuidade do tratamento.

### ~~Critérios para Alta ou Exclusão do Usuário do Programa de Atendimento Domiciliar~~

~~Art. 45~~ A alta/exclusão do usuário inscrito no Programa de Atendimento Domiciliar dar-se-á no caso de:

~~I~~ – exclusão do IPASGO Saúde;

~~II~~ – óbito;

~~III~~ – não adesão ao tratamento por parte da família e/ou usuário;

~~IV~~ – ausência de Cuidador;

- V – notável evolução clínica, com reabilitação funcional total ou parcial que possibilite o autocuidado e o deslocamento para clínicas de reabilitação;
- VI – usuário que deixe de atender aos critérios de admissão;
- VII – mudança para região não contemplada pelo atendimento em domicílio;
- VIII – internação hospitalar.

## **Das Disposições Finais**

### **Das Remunerações e Glosa nos Atendimentos do Home Care**

**Art. 46** Os prontuários serão auditados de acordo com planos de cuidados individualizados apresentados pelas empresas.

§ 1º Caso haja necessidade de sessões extras de fisioterapia e/ou de fonoaudiologia deverá ser solicitado autorização com justificativa médica detalhando número de sessões e período de tempo a Coordenação de Auditoria em Atenção Domiciliar.

### **Da Avaliação de Efetividade do PRCE**

**Art. 47** A efetividade do PRCE programa será mensurada por meio dos indicadores definidos nesta Portaria, a cada 6 meses e, para assegurar o êxito do programa, a COAGC e respectiva Gerencia expedirá relatório de pesquisa específica da população assistida, à luz das estatísticas dos indicadores, com a conclusão sobre os resultados e objetivos propostos, cujo documento final deverá ser encaminhando à DAS.

**Art. 48** Todos os Registros de Atendimentos em Meio Eletrônico gerados pelos serviços que integram os programas de que trata esta Portaria Normativa, servirão de fonte de informação clínica e administrativa para subsidiar a tomada de decisões, e ainda, de meio de comunicação compartilhado.

**Art. 49** Fica revogada a Portaria Normativa nº 03, de 7 de maio de 2012.

**Art. 50** Esta Portaria Normativa entra em vigor na data de sua publicação no endereço eletrônico do Ipasgo, [www.ipasgo.go.gov.br](http://www.ipasgo.go.gov.br).

Gabinete do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás – IPASGO, em Goiânia, aos 11 dias do mês de novembro de 2013.

Francisco Taveira Neto  
Presidente

## **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

Item	Unidade de referência	Valor Atual
1 Gerenciamento de Doenças	mês	R\$ 132,00
2.1 Gerenciamento de casos 1	mês	R\$ 346,50
2.2 Gerenciamento de casos 2	mês	R\$ 445,50
2.3 Gerenciamento de casos 3	mês	R\$ 574,20
6.1 Home Care Nível A	dia	R\$ 188,10
6.2 Home Care Nível B	dia	R\$ 247,50
6.3 Home Care Nível C	dia	R\$ 385,00
Taxa de Deslocamento para atendimento domiciliar	-	R\$ 40,00

[Nova Redação dada pela Portaria Normativa nº 9-2015/PR](#)