

Alterada em parte pelas Portarias Normativas nº 10-2017/PR, 13-2017/PR, 14-2017/PR, 18-2017/PR e 02/2020 – IPASGO.

PORTARIA NORMATIVA nº 7-2017/PR

Reorganiza o Programa Especial de Reabilitação e Cuidados Especiais – PERCE, no âmbito do IPASGO.

O Presidente do Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás, usando de suas atribuições legais, notadamente, a autorização do art. 5º da Lei nº 17.477, de 25 de novembro de 2011, e do art. 50 do Decreto nº 7.595 de 09 de abril de 2012, no que pertine à competência para expedição dos atos normativos que disciplinam o funcionamento do sistema assistencial sob responsabilidade do IPASGO;

Considerando a permissão disciplinada no parágrafo único do art. 22 da Lei nº 17.477/2011 e no parágrafo único do art. 6º, art. 19, 20 e 21 do Decreto nº 7.595, de 09 de abril de 2012, para a instituição facultativa, pelo IPASGO, de Programa Especial com objetivo na promoção da saúde de usuários, em especial, os usuários acometidos de doenças crônicas ou fatores de risco que comprometam a qualidade de vida, por meio de ações de caráter preventivo;

Considerando que “a *discriminação dos serviços que integram os Programas Especiais para prevenção e atenção à saúde, de que trata o parágrafo único do art. 22 da Lei nº 17.477/2011, constará dos respectivos atos normativos expedidos pela direção do IPASGO*”, nos termos do parágrafo único do art. 6º do Decreto 5.595/2012;

Considerando que os serviços de suporte ao atendimento domiciliar, quando disponibilizados pelo IPASGO, não integram o rol de cobertura estabelecido das despesas decorrentes dos procedimentos previstos nas tabelas próprias do Instituto, para as modalidades de assistência previstas no art. 4º, e no *caput* do art. 22 da Lei 17.477/2011, bem como do *caput* do art. 6º do Decreto 5.595/2012, configurando programa de natureza especial e com tal, benefício de natureza facultativa, ofertado em razão de disponibilidade orçamentária e técnica do Instituto;

Considerando que a Diretoria do IPASGO pautava sua atuação na permanente busca pelo equilíbrio entre receitas e despesas, sendo que em razão de insuficiência orçamentária e da necessidade de manutenção dos serviços de prevenção a doenças e atenção à saúde, incluindo os procedimentos para o atendimento domiciliar, de que trata esta normativa, o IPASGO poderá instituir a cobrança de parcela mensal específica para participação no programa PERCE, nos termos autorizados no Parágrafo único do art. 22 da Lei nº 17.477/2011;

Considerando a necessidade de reorganização e a atualização do conteúdo regulamentador do **Programa Especial de Reabilitação e Cuidados Especiais – PERCE**, instituído

pela Portaria Normativa nº 13, de 11 de novembro de 2013, cujo funcionamento é estruturado em diferentes formas de atendimentos extra-hospitalares, aos usuários que atendam aos requisitos de elegibilidade preestabelecidos para fruição dos serviços pelos portadores de doenças crônicas, bem como da disponibilização dos procedimentos de suporte para o atendimento domiciliar aos usuários elegíveis e cadastrados conforme dados de protocolo técnico e demais critérios preestabelecidos nesta Portaria Normativa;

Considerando, ainda, a necessidade de cumprimento da norma NBR ISO 9001:2008 e do Sistema de Gestão da Qualidade – SGQ –, resolve editar a seguinte

PORTARIA:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Seção I

Da Reorganização, Objetivo e Natureza do Programa Especial de Reabilitação e Cuidados Especiais

Art. 1º Fica reorganizado, na forma desta Portaria Normativa, o Programa Especial de Reabilitação e Cuidados Especiais – PERCE, instituído no âmbito do IPASGO pela Portaria Normativa nº 13-2013/PR, cujos serviços estão estruturados em diferentes formas de atendimentos extra-hospitalares, em assistência domiciliar, conforme as seguintes denominações:

I - Gerenciamento de Doenças – GD;

II - Gerenciamento de Casos Crônicos – GCC;

III - Internação Domiciliar;

IV - Atendimento Domiciliar em Terapias Complementares;

V - Atendimento Pontual - curativos e antibióticos endovenosos e pequenos procedimentos;

VI - Fornecimento de Oxigênio Domiciliar.

Art. 2º O Programa Especial de Reabilitação e Cuidados Especiais – PERCE, implementado sob autorização do teor do parágrafo único do art. 22 da Lei nº 17.477/2011 e nos arts. 19, 20 e 21 do Decreto nº 7.595/2012, tem como objetivos a promoção da saúde por meio de acompanhamento para o controle de doenças crônicas, visando redução da demanda por atendimento hospitalar, a humanização do atendimento com a ampliação da autonomia dos usuários e o treinamento do paciente e do cuidador, bem como a racionalização dos recursos e das ações de caráter preventivo.

§ 1º Para efeito de cumprimento ao disposto no parágrafo único do art.6º do Decreto nº 7.595/2012, que regulamenta o rol de coberturas do Sistema IPASGO Saúde, os serviços de

prevenção e atenção à saúde autorizados são os estabelecidos e discriminados nesta Portaria Normativa, vedada a execução de quaisquer outros não previstos na estrutura disponibilizada no âmbito do PERCE.

§ 2º O PERCE é programa de natureza especial, e como tal, não integra o rol de cobertura previsto no art. 4º e no caput do art. 22 da Lei nº 17.477/2011, caracterizando benefício de natureza facultativamente ofertado pelo IPASGO em razão de eventual disponibilidade orçamentária e técnica do Instituto.

Art. 3º Nos termos da autorização do Parágrafo único do art. 22 e do art. 55 da Lei nº 17.477/2011, o IPASGO poderá instituir a cobrança de mensalidade e coparticipação específicas para participação do usuário que optar pelo programa, com vistas à manutenção do PERCE, denominado benefício de natureza facultativa, ofertado em razão de disponibilidade orçamentária e técnica do Instituto.

§ 1º A arrecadação das mensalidades e coparticipações dos usuários inscritos no PERCE será destinada exclusivamente ao custeio das despesas com os serviços e/ou procedimentos disponibilizados no âmbito do Programa, observada a necessidade de acompanhamento da Direção do IPASGO para adequação do equilíbrio financeiro entre a receita e despesa dos serviços instituídos.

§ 2º O rol de serviços oferecidos pelo PERCE é sujeito à ampliação ou redução em consequência de disponibilidade orçamentária e das adequações necessárias ao equilíbrio financeiro do IPASGO.

§ 3º Ato normativo expedido pelo Presidente do IPASGO estabelecerá o procedimento administrativo para a cobrança das mensalidades e coparticipações específicas ao custeio do PERCE.

Seção II

Da Adesão do Usuário ao PERCE

Art. 4º A adesão ao PERCE é facultativa sendo que as ações de prevenção e os serviços que integram o Programa serão disponibilizados aos usuários nos limites das disposições desta Portaria Normativa e demais atos complementares expedidos pelo IPASGO.

§ 1º A admissão do usuário para fruição de qualquer dos serviços do PERCE, após o cumprimento dos critérios de elegibilidade, exigirá a sua prévia concordância e de seu familiar ou, na inexistência de familiar, de seu cuidador, com assinatura de termo de esclarecimento e responsabilidade.

§ 2º A admissão de usuários dependentes funcionalmente, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), será condicionada à presença de cuidador(es) identificado(s).

Seção III

Dos Serviços Autorizados

Art. 5º Quando disponíveis a estrutura e a capacidade técnica e financeira exigidas para cada modalidade de atendimento no âmbito do PERCE, fica autorizada a realização dos seguintes serviços ou ações de prevenção a doenças e de atenção à saúde, que possibilitam oferecer:

I - suporte para assistência em domicílio, destinado aos usuários que estejam acamados e dependentes, com repetidas internações hospitalares, portadores de doenças crônicas, neoplasias malignas, com metástase e doenças pulmonares obstrutivas crônicas, limitado à capacidade de atendimento do programa a ser efetivado por meio de:

a) atendimento personalizado prestado por equipe multiprofissional, conforme regulação específica;

b) orientações e treinamento ao responsável cuidador do paciente;

c) avaliação clínica, diagnóstica e de conduta realizada por equipe multiprofissional para direcionamento e acompanhamento do paciente;

d) assistência hospitalar domiciliar para paciente de alta complexidade regulado por protocolo técnico específico;

II - gerenciamento do atendimento aos portadores de doenças crônicas, entre outros serviços, cujo funcionamento seja permitido no âmbito do PERCE.

Seção IV Do Funcionamento do PERCE

Art. 6º O funcionamento do PERCE será organizado a partir de uma área de abrangência de atendimento preestabelecida pelo IPASGO e desenvolver-se-á com fundamento nos seguintes procedimentos e princípios básicos:

I - reavaliações mensais dos usuários inscritos de acordo com os planos de cuidados 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 - definição das responsabilidades do prestador de serviços e da família/paciente;

VII - preestabelecimento de prazos;

VIII - consentimento expresso do usuário paciente ou da família para a prestação dos serviços nos moldes estabelecidos na presente Portaria e demais atos regulamentares pertinentes, incluindo os protocolos técnicos aplicáveis aos procedimentos que integram as formas de atendimentos extra-hospitalares especificados no art. 1º desta Portaria Normativa.

Art. 7º A contratação de prestador de serviços para o PERCE será efetivada de acordo com os procedimentos estabelecidos na legislação federal e estadual aplicável ao sistema de credenciamento, e no Regulamento Geral do Sistema de Credenciamento e Contratação de

Prestadores de Serviços do IPASGO, observada a demanda pelos procedimentos e a capacidade orçamentária, mediante instrução dos atos que comprovam a qualificação e a regularidade técnica, fiscal e jurídica dos interessados.

CAPÍTULO II
DO GERENCIAMENTO DE DOENÇAS E CASOS CRÔNICOS
Seção I
Da Execução dos Serviços

Art. 8º Os serviços de Gerenciamento de Doenças - GD e de Gerenciamento de Casos Crônicos - GC, instituídos nesta Portaria Normativa consiste no monitoramento do usuário considerado paciente com doença crônica não transmissível, após avaliação realizada por equipe técnica específica, composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentre outros profissionais da área de saúde, conforme a necessidade, e será executado por prestador de serviço contratado pelo Instituto.

Art. 9º Os pacientes elegíveis para o GD e GC são usuários ativos no Sistema IPASGO Saúde, com idade superior a 60 (sessenta) anos ou classificados em qualquer nível de doença crônica não transmissível. Para a inclusão no programa será avaliado o histórico de utilizações e o custo do usuário nos últimos 12 (doze) meses.

Art. 10 A Diretoria de Assistência ao Servidor – DAS, é responsável pela aprovação de listas de usuários elegíveis, contendo lotes com no máximo 200 (duzentos) indivíduos, conforme demanda espontânea, implementação de novos serviços e ou procedimentos no âmbito do PERCE.

§ 1º Listas de usuários elegíveis poderão ser geradas, ainda, por meio das auditorias operativas hospitalares realizadas pelos auditores do IPASGO, sendo que a unidade de Gerência de Auditoria será responsável pela aprovação das listas, após anuência da DAS.

§ 2º Fica autorizada a admissão de pacientes em razão de demanda espontânea, após manifestação e anuência da DAS, devendo os usuários ou seus responsáveis fornecer ao IPASGO o respectivo relatório médico com descrição do quadro clínico, diagnóstico e indicação do tratamento.

§ 3º Todos os usuários elegíveis serão submetidos à avaliação pelo prestador e posterior classificação pela unidade de Auditoria do IPASGO.

Seção II
Da Avaliação Inicial, Classificação e Inclusão de Usuários Elegíveis ao Gerenciamento de Doenças e de Casos Crônicos

Art. 11 Os usuários elegíveis ao processo de Gerenciamento de Doenças - GD e de Casos Crônicos - GC serão avaliados pelas empresas prestadoras por meio de escalas que identifiquem os fatores de risco e a mensuração de gravidade das comorbidades, além de observação obrigatória ao critério médico para admissibilidade aos serviços de assistência domiciliar baseada nas condições clínicas, 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 Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas - DPOC.

§ 1º Como resultado da avaliação inicial serão sugeridas as classificações dos usuários elegíveis ao ingresso no programa e o respectivo Plano de Cuidados de acordo com 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), do Plano de Cuidados e do Termo de Adesão pela Auditoria, indicará a permissão para início do atendimento.

Art. 12 A mudança do paciente de um nível de classificação para outro, tanto para progressão quanto para regressão, é condicionada à prévia aprovação pela Auditoria do IPASGO.

Seção III

Da Adesão de Usuários Elegíveis e do Funcionamento dos Serviços de Gerenciamento de Doenças e de Casos Crônicos

Art. 13 A adesão aos serviços de Gerenciamento de Doenças e de Casos Crônicos é facultativa e dependerá da manifestação expressa do usuário ou de um familiar responsável mediante assinatura do Termo de Adesão.

Parágrafo único. Continuamente, e por meio eletrônico, os prestadores de serviços deverão disponibilizar ao IPASGO todos os dados pertinentes aos usuários elegíveis, desde sua Avaliação Inicial.

Art. 14 Os documentos comprobatórios de inclusão, alta, desistência e falecimento de pacientes deverão, necessariamente, ser registrados nos prontuários individuais e enviados ao IPASGO conforme fluxo estabelecido pela auditoria do Instituto.

Parágrafo único. Às guias com registro de que o usuário não completou os atendimentos contemplados no programa serão aplicadas glosas parciais ou totais, contabilizadas conforme atendimentos realizados até a data do evento informado.

Art. 15 À guia que não indicar ocorrência de um ou mais atendimentos por indisponibilidade ou não autorização do usuário, será aplicada glosa, devendo ser contabilizada conforme atendimentos efetivamente realizados. Nas reincidências os casos serão reavaliados e

reclassificados e poderão resultar no desligamento do usuário do programa, conforme definição em parecer da Auditoria do IPASGO.

Art. 16 O usuário que não receber atendimento de monitoramento pela empresa contratada durante três meses consecutivos receberá alta administrativa do programa. E nos casos em que o usuário receber uma quantidade de visitas de monitoramento inferior aos atendimentos contemplados no programa, por três meses consecutivos, deverá ser reclassificado para a transferência (migração) para outro programa de menor complexidade.

Art. 17 Considerando que cada usuário incluído no programa requer acompanhamento diferenciado, e de acordo com Plano de Cuidados e as respectivas necessidades, fica estabelecido que a carteira de pacientes de cada empresa credenciada será gerenciada em observação aos 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 no Gerenciamento de Casos Crônicos GC1, GC2 e GC3;

III - nos Gerenciamentos GC1, GC2 e GC3 as previsões de recursos básicos serão discriminadas por especialidades (médica, fonoaudiológica, psicológica, fisioterapêutica e nutrição) na sua totalidade.

Parágrafo único. Dentre as ações e ou procedimentos pertinentes ao Gerenciamento de Doenças e Gerenciamento de Casos Crônicos não estão incluídos ou autorizados o fornecimento de material, medicamentos, locação de equipamentos e remoção de pacientes.

Art. 18 A remuneração pela prestação dos serviços de Gerenciamento de Doenças e Casos Crônicos (GC 1, 2 e 3) será tratada de forma individualizada, seguindo os parâmetros técnicos estabelecidos, e observados os valores discriminados nos Anexos desta Portaria Normativa.

Art. 19 Para fins de pagamento dos serviços do GC1, GC2 E GC3, os atendimentos deverão ser validados com o cartão do usuário no momento do atendimento, sendo que o registro da evolução destas visitas deverá ser anexado à guia em meio eletrônico.

Parágrafo único. Serão autorizados os pagamentos referentes aos atendimentos mediante a validação e a evolução da visita. Na ausência de registro de um destes itens, será aplicada a glosa pertinente ao atendimento com deficiência das informações requeridas.

Art. 20 A glosa seguirá um padrão de proporcionalidade baseado no número de visitas que cada guia contem.

§ 1º As visitas do Gerenciamento de Doenças serão pagas ou glosadas na proporção de 1 para 1, pois cada guia corresponde a uma visita.

§ 2º No Programa de Gerenciamento de Casos Crônicos (GC1, GC2 E GC3) as guias de enfermagem e medicina também serão correspondentes a apenas uma visita, que deverá ser paga ou glosada conforme sua realização, validação e evolução.

§ 3º As guias referentes às visitas de equipe interdisciplinar serão pagas proporcionalmente ao número de visitas contempladas em cada guia no seguinte escalonamento:

- I - GC1: 1 visita de equipe interdisciplinar por guia;
- II - GC2: 2 visitas de equipe interdisciplinar por guia;
- III - GC3: 3 visitas de equipe interdisciplinar por guia.

Seção IV Do Gerenciamento de Doenças – GD

Art. 21 Para os efeitos desta Portaria Normativa o Gerenciamento de Doenças – GD, 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 é destinado aos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, sem lesão de órgão alvo e totalmente independentes para atividades de vida diária e com baixo risco de hospitalização, com objetivo na 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 autocuidado 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, sem prejuízo da adoção de outros parâmetros que se façam necessários:

- I - taxa de sedentarismo;
- II - taxa de adesão a dieta;
- III - taxa de queda de tabagismo;
- IV - taxa de obesidade;
- V - taxa de alcoolismo;
- VI - perfil de utilização no plano;
- VII - evolução do custo histórico.

§ 4º 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): 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;

c) cardiopata – enfermeiro.

§ 5º Para os pacientes inscritos no PRCE será disponibilizado acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação por membro de equipe especializada.

Seção V

Do Gerenciamento de Casos Crônicos – GC

Art. 22 O Gerenciamento de Casos Crônicos – GC, 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 não transmissíveis 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 médio e longo prazo.

§ 3º Para classificação dos riscos e complexidade serão utilizados os seguintes indicadores, podendo ser adotados outros parâmetros que se façam necessários:

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 realizado o acompanhamento dos indicadores.

Art. 23 Após avaliação dos pacientes, a empresa deverá enviar uma análise preliminar da população a ser assistida, mediante relatório específico, que deverá conter os seguintes dados:

I - perfil epidemiológico: conforme o sexo, idade e escolaridade;

II - perfil clínico: conforme a distribuição por doenças, número de patologias por indivíduos e número de medicamentos por indivíduos;

III - mudança de estilo de vida: percentual de sedentarismo, de adesão a dieta, de queda de tabagismo, de obesidade, de alcoolismo, a avaliação por parte dos pacientes acerca da própria saúde e o índice de massa corporal.

Art. 24 Considerando a adoção de outros parâmetros que se façam necessários, a efetividade dos serviços de gerenciamento de crônicos será avaliada por meio de monitoramento dos seguintes indicadores:

I - de acompanhamento: com dados do Perfil de utilização no plano (idas ao PA, internação clínica/cirúrgica, internação em Centro de Terapia Intensiva, consultas, exames, etc), e da Evolução do custo histórico;

II - de eventos adversos: com taxas de infecção, de quedas, de lesão cutânea e de óbitos.

Art. 25 Considerando a complexidade e os indicadores para a classificação dos riscos, serão estabelecidos três níveis de atendimento para os pacientes, denominados GC1, GC2 e GC3.

Subseção I Do Gerenciamento de Crônicos 1 – GC1

Art. 26 O Gerenciamento de Crônicos 1 – GC1, é destinado aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena seqüela neurológica, demência em fase inicial ou demais comprometimentos da sua saúde e que:

I - necessitam de pouco monitoramento, são dependentes parciais ou independentes de seus cuidadores;

II - possuam pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;

III - apresentam histórico de internações 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 ao GC1 será de:

I - médico: 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): uma visita mensal de membro da equipe, definido conforme plano de cuidados individualizado.

§ 2º Na parametrização da previsão de recursos básicos de que trata o §1º fica estabelecido que as visitas dos profissionais médicos e enfermeiros deverão ser realizadas em diferentes semanas, vedada a coincidência de datas dos eventos.

§ 3º Para os pacientes do GC1 será disponibilizado o acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação.

Subseção II Do Gerenciamento de Crônicos 2 – GC2

Art. 27 O Gerenciamento de Crônicos 2 – GC2, é destinado aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis com lesão de órgão alvo, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com sequela neurológica, demência em fase intermediária com ou sem uso de dispositivos ou demais comprometimentos da sua saúde e que:

I - necessitam de monitoramento intensivo;

II - sejam dependentes parciais de seus cuidadores e que por esta condição tenham considerável dificuldade de acesso à rede de atenção;

III - apresentam histórico de internações sucessivas evitáveis, que geram repetição de procedimentos e exames invasivos;

IV - apresentam infecções de repetição; e

V - risco intermediário de internação.

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

I - médico: 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): duas visitas mensais um membro da equipe, definido conforme plano de cuidados individualizado.

§ 2º Na parametrização da previsão de recursos básicos de que trata o §1º fica estabelecido que as visitas dos profissionais médicos e enfermeiros deverão ser realizadas em dias diferentes da semana, vedada a coincidência de datas dos eventos.

§ 3º Para os pacientes do GC2 será disponibilizado o acompanhamento telefônico mensal, reavaliação semestral e tele-orientação.

Subseção III Do Gerenciamento de Crônicos 3 – GC3

Art. 28 O Gerenciamento de Casos Crônicos 3 é destinado aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis de difícil controle, com lesão de órgão alvo, e 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 hospitalização 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: 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): três visitas mensais de membro da equipe, definido conforme plano de cuidados individualizado.

§ 2º Na parametrização da previsão de recursos básicos de que trata o §1º fica estabelecido que as visitas dos profissionais médicos e enfermeiros deverão ser realizadas em dias diferentes da semana, vedada a coincidência de datas dos eventos.

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

Seção VI Da Avaliação Semestral GD e GCC

Art. 29 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 Auditoria realizar a averiguação dos dados apresentados dando anuência ou não das respectivas alterações.

Subseção I Da Validação das Sessões no Programa de Gerenciamento de Doenças e de Casos Crônicos

Art. 30 Para fins de comprovação da execução do monitoramento dos prestadores de serviços da rede contratada, conforme previsão básica para cada programa, referidos profissionais deverão realizar a validação das sessões de atendimento, observados os seguintes procedimentos:

I - emissão das guias de atendimentos com a quantidade de sessões parametrizadas para cada programa;

II - a cada sessão realizada, o prestador acessará o sistema de emissão de guias para localizar a guia específica de sua especialidade (médico, enfermagem ou equipe interdisciplinar) para realizar a validação, utilizando o cartão do usuário.

§ 1º A validação das sessões de atendimento será realizada conforme a seguinte parametrização:

I - GD: somente será realizado uma sessão mensal de atendimento de acordo com a parametrização de recursos básicos para o programa;

II - GC1: somente poderá ser realizado uma sessão de atendimento por semana. Os monitoramentos pela especialidade médica entre os trimestres não poderão ser realizados em meses subsequentes;

III - GC2: poderão ser feitas até duas visitas por semana em dias diferentes;

IV - GC3: poderão ser feitas até duas visitas por semana em dias diferentes

§ 2º Na parametrização da previsão de recursos básicos de que trata o §1º fica estabelecido que as visitas dos profissionais médicos e enfermeiros deverão ser realizadas em dias diferentes da semana, vedada a coincidência de data dos eventos.

Art. 31 As guias serão automaticamente corrigidas pelo sistema e os pagamentos aos prestadores serão realizados de acordo com as validações efetivadas. O faturamento das respectivas guias obedecerá as regras específicas ao procedimento.

§ 1º A correção pelo sistema não exclui a possibilidade de revisão pela Auditoria, que continuará monitorando o programa por meio dos indicadores previamente estipulados, com possibilidade de desenvolvimento de outros indicadores que se mostrem necessários.

§ 2º As contas apresentadas serão objeto de constante conferência e acompanhamento pela Auditoria para concomitante melhoria e monitoramento dos serviços, dos custos, dos resultados para os usuários e para as orientações devidas aos prestadores, para fins de pagamento dos serviços.

§ 3º O procedimento de validação das sessões de atendimento não deve gerar qualquer ônus ao usuário.

Art. 32 Os atendimentos referentes aos serviços do Gerenciamento de Doenças - GD e ao Gerenciamento de Casos Crônicos – GC, serão realizados mediante solicitação específica e conforme os procedimentos listados, respectivos códigos, quantidades CH's, itens e valores discriminados nos Anexos II, III, IV, V e VI, desta Portaria Normativa.

CAPÍTULO III DA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Da Elegibilidade de Usuários e Níveis de Complexidade da Assistência Domiciliar

Art. 33 O serviço de Internação Domiciliar disponibilizado no âmbito do Programa Especial de Reabilitação e Cuidados Especiais – PERCE, consiste em internação no ambiente domiciliar, por tempo preestabelecido ou estimado, destinado ao paciente com incapacidade temporária ou permanente, que necessita de cuidados de equipe multidisciplinar, ficando estabelecido que o conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais será obrigatoriamente supervisionado pela equipe médica.

§ 1º A triagem de usuário elegível para a internação em ambiente domiciliar, obedecerá aos seguintes critérios:

I - usuário hospitalizado com no mínimo 15 (quinze) dias de internação, com histórico de hospitalizações recorrentes nos últimos 05 (cinco) anos, acamados e totalmente dependentes com incapacidade temporária ou definitiva para a atividade de vida diária; e

II - usuário com estabilidade clínica para se manter em casa e/ou tenha previsão de alta hospitalar estabelecida pelo médico assistente; e

III - usuário residente na área de abrangência de atendimento preestabelecida pelo Ipasgo (Goiânia, Aparecida de Goiânia, Trindade e Anápolis); e,

IV - usuário com necessidade de cuidados técnicos de vida, contínuos e diários e/ou monitorização por pessoa treinada na área de saúde; e,

V - usuário com disponibilidade de cuidador / responsável 24 horas por dia; ou,

V - usuário com histórico de internações recorrentes, acamado, totalmente dependente e não internado, e que esteja em acompanhamento em outras modalidades de atenção do PERCE.

§ 2º Os pacientes elegíveis para Internação Domiciliar deverão ser classificados de acordo com o quadro clínico apresentado, com parâmetro nas normas editadas pela Associação Brasileira de Medicina Domiciliar (ABEMID), conforme escalonamento abaixo para designação dos níveis de complexidade da assistência domiciliar considerados de:

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 A elegibilidade e não elegibilidade do usuário e o grau de complexidade de assistência estabelecido pela Tabela da ABEMID são referentes aos cuidados técnicos necessários e não à gravidade da doença, considerando que a base do atendimento da internação domiciliar é o suporte técnico assistencial multidisciplinar necessário a um determinado usuário e não ao fornecimento de um Cuidador para atender as necessidades básicas do paciente, como higiene e alimentação, e demais acompanhamentos diários e cotidianos que caracterizam atividades de exclusiva responsabilidade da família do paciente e não do IPASGO.

§ 4º Para a admissão do paciente na Internação Domiciliar deverão ser obedecidas as seguintes determinações:

I - relatório e consentimento do médico assistente para encaminhamento à Internação Domiciliar;

II - consentimento do paciente e/ou família do usuário, identificando um responsável familiar/cuidador;

III - avaliação do paciente para determinação do nível de complexidade (Baixa, Média, Alta) pelos membros da equipe de Auditoria em Internação Domiciliar do IPASGO;

IV - expedição de comunicado à empresa para realização de avaliação e orçamento;

V - realização de visita técnica para avaliação das condições do domicílio, de acessibilidade, segurança do local e elaboração do plano terapêutico pela empresa credenciada;

VI - análise e correção, pela equipe de Internação Domiciliar do IPASGO, do orçamento enviado pela empresa prestadora de serviços;

VII - assinatura do Termo de Adesão ao serviço de Internação Domiciliar, repassado pelas empresas credenciadas, pelo responsável e pelo usuário (observadas as condições do paciente para responder pelos próprios atos).

§ 5º Os pacientes do serviço de Internação Domiciliar do PERCE, serão periodicamente reavaliados, sem aviso prévio ou qualquer notificação pelas equipes do IPASGO e pela empresa credenciada, para fins de verificação da regularidade dos procedimentos e da adequação dos recursos necessários à realização da assistência domiciliar.

§ 6º Para o acompanhamento da Internação Domiciliar, considerando a adoção de outros parâmetros que se façam necessários, serão utilizados os seguintes indicadores:

- I - percentual de pacientes inclusos em cada programa;
- II - taxa de internações hospitalares;
- III - taxa de óbitos domiciliares e hospitalares;
- IV - taxa de infecção;
- V - taxa de úlcera de pressão;
- VI - taxa de queda;
- VII - custo médio dos programas;
- VIII - consultas urgência e emergência;
- IX - índice de satisfação e adesão dos usuários aos programas;
- X - índice de sinistralidade.

§ 7º Excepcionalmente, o responsável pelo usuário não internado em unidade hospitalar, mas que esteja acamado e totalmente dependente, poderá requerer a internação domiciliar mediante solicitação e laudo do médico assistente, devendo atender, ainda, todos os requisitos de elegibilidade e acesso aos serviços do PERCE estabelecidos nesta Portaria Normativa.

- Acrescido pela Portaria Normativa n.º 02/2020 - IPASGO.

Art. 34 O Plano de Cuidados do paciente deve ser individualizado e disponibilizado eletronicamente pela empresa, para visualização e acompanhamento pela Auditoria do IPASGO.

Art. 35 O fluxo do procedimento de autorização para elaboração dos orçamentos de Internação Domiciliar será realizado de forma isonômica para cada prestador, na proporção de 1:1 (um por um), respeitando a ordem de autorização e os níveis de complexidade, devendo, obrigatoriamente, ser encaminhada pela avaliação da Coordenação de Auditoria em Atenção Domiciliar e Auditores médicos da Gerência de Auditoria.

§ 1º Após autorização do orçamento, a Coordenação de Auditoria em Atenção Domiciliar solicitará à empresa contratada, o envio do Plano de Cuidados, a ser elaborado com previsão de recursos, atendimentos e ou procedimentos para o trimestre.

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

§ 3º O atendimento dos usuários em situação de internação domiciliar nas localidades com distância acima de 150 Km de Goiânia será realizado sob a identificação/código: “Procedimento 00020095 – Assistência Domiciliar no Interior” e obedecerá as mesmas determinações para o serviço de Internação Domiciliar estabelecidas nesta Portaria Normativa, conforme códigos e valores estabelecidos para os níveis de complexidade de assistência domiciliar (baixa, média e alta) detalhados no anexo XII desta Portaria Normativa”. **(NR)**

[Acrescido pela Portaria Normativa nº 14-2017/PR](#)

Subseção I

Da Internação Domiciliar no Nível de Assistência de Baixa Complexidade

Art. 36 A previsão de recursos básicos para Internação Domiciliar será realizada conforme a complexidade do quadro do paciente, ficando estabelecido que ao nível de assistência de **Baixa Complexidade** serão disponibilizados os seguintes recursos:

I - técnico de enfermagem: 6h (seis horas) por dia;

II - médico: visitas mensais;

III - enfermeiro: visita inicial de avaliação e visitas semanais de acompanhamento;

V - nutricionista: visita mensal, conforme Plano de cuidados

V - equipe interdisciplinar (fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo): **duas visitas** semanais por membro da equipe.

§ 1º No caso de usuário que necessitar de mais atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia a empresa credenciada deverá enviar relatório com justificativas para o incremento dos atendimentos, para análise da equipe de Internação Domiciliar do IPASGO, que é responsável pela notificação do deferimento ou indeferimento do pedido, à empresa, bem como pela atualização dos devidos registros eletrônicos, para o correto funcionamento do SAAT (Sistema de Auditoria Eletrônica Autorizativa).

§ 2º Para acompanhamento dos pacientes em Baixa Complexidade de assistência serão disponibilizados pela empresa contratada os equipamentos necessários para realização dos procedimentos pertinentes à internação domiciliar, tais como:

I - ambú com máscara;

II - aparelho de aspiração;

III - aparelho de para aferição de pressão arterial;

IV - cama hospitalar;

V - nebulizador (atrovent e berotec);

VI - suporte para soro;

VII - oxímetro.

VIII - o fornecimento de Equipamento de Proteção Individual - EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 6, NR 9 e NR 32.

§ 3º A equipe responsável pelos pacientes de Baixa Complexidade de assistência deverá levar a efeito os seguintes procedimentos:

I - treinar o cuidador para cuidados gerais (higiene, curativos simples, transferências, manobras de higiene brônquica, alimentação enteral).

II - auxiliar o cuidador no banho no leito ou aspersão;

III - curativo que necessite da presença de enfermeira ou técnica de enfermagem;

IV - coleta de lixo hospitalar;

V - aspiração de secreção das vias aéreas superiores via traqueostomia ou nasal;

VI - medicação Intra muscular/endovenosa;

VII - alimentação enteral.

§ 4º Considera-se elegível, ao nível de assistência de **Baixa** complexidade o usuário que, tendo indicação de internação domiciliar, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

Subseção II

Da Internação Domiciliar no Nível de Assistência de Média Complexidade

Art. 37 A previsão de recursos básicos para a Internação Domiciliar será realizada conforme a complexidade do paciente, ficando estabelecido que ao nível de assistência de Média Complexidade serão disponibilizados os seguintes recursos:

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 - nutricionista: visita quinzenal, conforme plano de cuidados

V - equipe interdisciplinar (fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo): **três visitas semanais** por membro da equipe.

§ 1º No caso de usuário que necessitar de mais atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia a empresa credenciada deverá enviar relatório com justificativas para o incremento dos atendimentos, para análise da equipe de Internação Domiciliar do IPASGO, que é responsável pela notificação do deferimento ou indeferimento do pedido, à empresa, bem como pela atualização dos devidos registros eletrônicos, para o correto funcionamento do SAAT (Sistema de Auditoria Eletrônica Autorizativa).

§ 2º Para acompanhamento dos pacientes de Média complexidade de Internação Domiciliar deverão ser disponibilizados pela empresa contratada os equipamentos necessários para realização dos procedimentos pertinentes à assistência domiciliar, tais como:

- I - ambú com máscara;
- II - aparelho de aspiração;
- III - aparelho de para aferição de pressão arterial;
- IV - cama hospitalar;
- V - nebulizador (atrovent /berotec);
- VI - suporte para soro;
- VII – oxímetro;

VIII - o fornecimento de Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 6, NR 9 e NR 32.

§ 3º A equipe responsável pelos pacientes de Média complexidade de assistência domiciliar deverá levar a efeito os seguintes procedimentos:

- I - treinar cuidador para cuidados gerais (higiene, curativos simples, transferências, manobras de higiene brônquica, alimentação enteral);
- II - auxiliar o cuidador no banho no leito ou aspensão;
- III - curativo que necessite da presença de enfermeira ou técnica de enfermagem;
- IV - coleta de lixo hospitalar;
- V - aspiração de secreção das vias aéreas superiores via traqueostomia ou nasal;
- VI - alimentação enteral;
- VII - sondagem nasogástrica-vesical;
- VIII - medicação Intra muscular/endovenosa.

§ 4º Considera-se elegível ao nível de assistência de **Média** complexidade o usuário que, tendo indicação de internação domiciliar, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

- I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou

~~IV – prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.~~

revogado pela Portaria Normativa nº 10-2017/PR.

Subseção III

Do Nível de Assistência Domiciliar de Alta Complexidade

Art. 38 A previsão de recursos básicos para a Internação Domiciliar será realizada conforme a complexidade do paciente, ficando estabelecido que ao nível de assistência de **Alta Complexidade** serão disponibilizados os seguintes recursos:

- 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 - nutricionista: visita quinzenal, conforme plano de cuidados

~~V - equipe Interdisciplinar (fisioterapeuta ou fonoaudiólogo): quatro visitas semanais por membro da equipe.~~

V - equipe Interdisciplinar (fisioterapeuta e/ou fonoaudiólogo): **quatro visitas semanais** por membro da equipe. **NR**

Alterado pela Portaria Normativa nº 10-2017/PR.

§ 1º No caso de usuário que necessitar de mais atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição e psicologia a empresa credenciada deverá enviar relatório com justificativas para o incremento dos atendimentos, para análise da equipe de Internação Domiciliar do IPASGO, que é responsável pela notificação do deferimento ou indeferimento do pedido, à empresa, bem como pela atualização dos devidos registros eletrônicos, para o correto funcionamento do SAAT (Sistema de Auditoria Eletrônica Autorizativa).

§ 2º Aos pacientes da Alta Complexidade serão disponibilizados pela empresa contratada os equipamentos necessários para realização dos procedimentos pertinentes à assistência domiciliar, tais como:

- I - ambú com máscara;
- II - aparelho de aspiração;
- III - aparelho de para aferição de pressão arterial;
- IV - cama hospitalar;
- V - nebulizador (atrovent /berotec);
- VI - suporte para soro;
- VII - oxímetro;

VIII - Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial) segundo a NR 6, NR 9 e NR 32.

§ 1º A equipe responsável pelos pacientes em Alta Complexidade de assistência deverá levar a efeito os seguintes procedimentos:

I - treinar cuidador para cuidados gerais (higiene, curativos simples, transferências, manobras de higiene brônquica, alimentação enteral).

- II - auxiliar o cuidador no banho no leito ou aspersão;
- III - curativo que necessite da presença de enfermeira ou técnica de enfermagem;
- IV - coleta de lixo hospitalar;
- V - realizar e treinar cuidador aspiração de secreção das vias aéreas superiores via traqueostomia ou nasal;
- VI - alimentação enteral;
- VIII - sondagem nasogástrica-vesical;
- IX - medicação Intra muscular/endovenosa.

§ 2º Considera-se elegível, ao nível de assistência de **Alta** complexidade, usuário com qualquer das situações listadas no nível de média complexidade, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Seção II

Das Restrições, Reavaliação e Mudança de Nível de Complexidade na Internação Domiciliar

Art. 39 O usuário em internação domiciliar com enfermagem disponibilizada para 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) a não ser que haja autorização expressa da equipe assistente. O não cumprimento deverá ser avisado imediatamente à Coordenação da internação domiciliar.

Art. 40 A mudança de nível de complexidade da assistência/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. 41 O usuário do programa de Internação Domiciliar poderá ser reavaliado a qualquer momento pela equipe multidisciplinar de Auditoria do IPASGO, devendo realizar a migração para outro nível de complexidade da modalidade de assistência, bem como receber alta do PERCE, dependendo da evolução do quadro clínico.

Parágrafo único. As decisões resultantes das situações e ou providências descritas no *caput* deste artigo deverão ser adotadas e assumidas em conjunto pela equipe de Auditoria, conforme fundamentos técnicos em relatório próprio, não necessitando do consentimento da família/cuidador.

CAPÍTULO IV

DA NUTRIÇÃO NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Seção I

Das regras Gerais Para o Fornecimento

Art. 42 O PERCE remunerará o fornecimento de dietas enterais e insumos acessórios exclusivamente para os usuários incluídos no Programa de Internação Domiciliar, conforme necessidade e justificativa apresentada pela empresa assistente contratada e de acordo com a descrição, valores e códigos indicados no Anexo VIII.

Parágrafo Único. A relação de dietas enterais, módulos e insumos integra o Sistema IPASGO de Materiais e Medicamentos – SIMM, definidos com os respectivos códigos e valores, de acordo com suas aplicações clínicas e especificados por unidade de volume (ml ou g). As denominações genéricas das dietas enterais cadastradas referem-se às fórmulas nutricionalmente completas administradas por sistema aberto e excluem qualquer tipo de dieta artesanal e/ou semi-artesanal.

Art. 43 Nos orçamentos encaminhados à Auditoria para inclusão de novos usuários no programa de Internação Domiciliar ou orçamentos relacionados à alterações no quadro clínico do paciente que levem à mudanças no padrão alimentar, é obrigatória a inclusão da avaliação nutricional (peso, altura, Índice de Massa Corporal – IMC, e outros dados que se façam necessários, os quais poderão ser estimados).

Seção II

Da Autorização e Procedimentos Para Nutrição Enteral

Art. 44 A autorização para procedimentos dos produtos cadastrados serão objeto de autorização da Auditoria de nutrição do IPASGO, via sistema, *on line*.

§ 1º As solicitações de dietas enterais via sistema, *on line*, são obrigatórias, devendo, as autorizações serem digitalizadas e apresentadas nas respectivas contas, ficando estabelecido, ainda, que as solicitações retroativas serão autorizadas no prazo de até 96 (noventa e seis) horas e que a autorização das dietas estará sujeita a avaliação pela Auditoria de nutrição.

§ 2º O diagnóstico patológico deve informar os seguintes detalhes:

I - o quadro clínico e o diagnóstico nutricional do paciente (peso e altura, os quais poderão ser estimados);

II - no campo da proposta terapêutica, o gasto energético, as necessidades proteicas diárias com a justificativa da indicação e do tipo de dieta enteral e módulos solicitados;

III - a via de administração e os códigos dos produtos de nutrição com as respectivas nomenclaturas cadastradas no SIMM:

IV - e o volume solicitado por dia, sendo que, para maiores justificativas e/ou dados pertinentes à solicitação poderão ser anexados os arquivos de relatórios e exames.

§ 3º As solicitações deverão ser cadastradas 01 (uma) vez ao mês, na mudança de referência. Caso haja a alteração da prescrição dietética no decorrer da referência, nova solicitação

deverá ser realizada, acompanhada da devida justificativa para alteração da dieta. As solicitações terão validade de 30 (trinta) dias, conforme cada referência.

Art. 45 Para autorização da Terapia Nutricional Enteral serão observadas as seguintes condições clínicas:

I - o suporte nutricional enteral será autorizado pelo Ipasgo, exclusivamente, para as condições clínicas de doenças nas quais o paciente não possui condição de ingestão voluntária de alimentos, qualitativa e quantitativamente adequada às suas necessidades nutricionais, devidamente justificada em prontuário do paciente na evolução da nutrição.

II - atendidas as condições do inciso I, a autorização para nutrição enteral fica condicionada à definição médica de que o aporte nutricional só pode ser viabilizado por meio de um dos seguintes recursos: sonda nasogástrica, sonda nasoenteral, gastrostomia, jejunostomia ou ileostomia;

III - a autorização de dietas enterais especializadas (e respectivos módulos) é condicionada às justificativas pertinentes e relacionadas ao diagnóstico e quadro clínico do paciente, bem como à adequação com as recomendações atuais de terapia nutricional.

§ 1º Ficam estabelecidos os critérios abaixo relacionados nos casos de autorização dos módulos de dietas enterais especializadas com:

I - glutamina: apenas em casos restritos, conforme recomendações adotadas;

II - arginina ou de dietas especializadas para cicatrização de feridas ou de dietas que contenham arginina: juntada obrigatória das fotos das lesões por pressão do paciente;

III - proteína: liberação mediante relatos da quantidade de proteína fornecida pela dieta e da recomendação adotada em gramas por quilo de peso, por dia.

§ 2º Não se permite a utilização dos códigos de nutrição como suplementação alimentar por via oral.

§ 3º Em neonatologia, a administração de leite materno e/ou fórmula infantil (por via oral, nasogástrica ou nasoenteral) não são indenizados, ressalvada somente a indenização de insumos acessórios, como frascos e equipo, quando necessário.

Seção III **Dos Parâmetros de Auditoria e da Prescrição Nutricional**

Art. 46 Ficam definidos os parâmetros abaixo especificados para a auditoria analítica e a prescrição de Nutrição Enteral, devendo constar a admissão nutricional no prontuário as informações que especifiquem:

I - o diagnóstico clínico, a avaliação nutricional (dados antropométricos e diagnóstico nutricional), as necessidades nutricionais, além da especificação da via de administração, o tipo de dieta enteral, o valor calórico total da dieta (e por quilo de peso), volume total por dia, número de

etapas e gotejamento, com a devida justificativa clínica da indicação e do tipo de dieta enteral prescrita;

II - a justificativa, que deve ser fundamentada na indicação médica, no diagnóstico clínico, em exames laboratoriais, evoluções médicas e multiprofissionais e nos demais dados que o profissional julgar pertinentes;

III - a assinatura seguida de carimbo, número e região da inscrição do CRN do nutricionista que realizar a prescrição.

§ 1º A prescrição nutricional deve detalhar:

I - a via da administração da dieta, o tipo de dieta (segundo nomenclatura das dietas cadastrados no SIMM), o volume total por dia e por etapa, o número de etapas, horários de administração da dieta e gotejamento.

II - tipo de equipo utilizado, quantidade e horário de troca do material.

III - quantidade de frasco e horário de administração, caso haja utilização;

IV - tipo de módulo, quantidade e horário de administração. No caso de dietas manipuladas, a prescrição do módulo deverá acompanhar a da dieta.

V - assinatura, carimbo, número e região da inscrição do CRN do nutricionista autora da prescrição, conforme determinado pela Lei Federal nº 8.234/91 Artigo 3º, inciso VIII, que determina as atividades privativas do nutricionista: “assistência dietoterápica hospitalar, ambulatorial e em nível de consultórios de nutrição e dietética, prescrevendo, planejando, analisando, supervisionando e avaliando dietas para enfermos.”

§ 2º As prescrições dietéticas devem ser carimbadas e assinadas pelo mesmo profissional que realiza a admissão nutricional e as evoluções dos pacientes. Em caso de necessidade de alteração do tipo de dieta é obrigatório o registro da justificativa em evolução nutricional.

§ 3º Constatada a necessidade, o acréscimo de módulos à terapia enteral nutricional, as quantidades dos módulos prescritos e a justificativa detalhada e fundamentada da necessidade do(s) módulo(s) deverão constar na evolução nutricional, conforme quadro clínico do paciente. E, no caso de adição de módulo de proteína à dieta enteral, recomenda-se relatar a quantidade total de gramas de proteína, por quilo de peso, ao que o paciente esteja recebendo.

Art. 47 O relatório completo com as informações da composição nutricional da dieta enteral, será obrigatoriamente anexado ao prontuário do paciente.

§ 1º Na modalidade de nutrição enteral em sistema aberto, manipulada, deverão constar no relatório as seguintes informações: o volume (total e por etapa), o valor calórico total, a densidade calórica, quantidade (em gramas/mililitros e em percentual) de macronutrientes e quantidade (em gramas/mililitros) de módulos adicionados, além da osmolaridade ou osmolalidade, além da relação de todos os ingredientes e/ou dietas utilizados para a formulação da dieta. E ainda, a data de

manipulação, data de validade, o nome do paciente e do responsável técnico pela manipulação da dieta, bem como o respectivo número e região da inscrição no Conselho Profissional.

§ 2º Nos casos de nutrição enteral em sistema aberto ou fechado, industrializada, o nome comercial do produto deve ser informado na admissão nutricional ou na evolução nutricional.

§ 3º A juntada do relatório/informação de que tratam os §1º e §2º, ao prontuário, deve ocorrer no início da Terapia Nutricional Enteral (TNE). Caso a dieta seja modificada deverá ser apresentado um novo relatório/informação a cada alteração.

Art. 48 Na definição dos atos e insumos acessórios à execução do tratamento e administração das soluções enterais serão observados os seguintes procedimentos:

I - frascos descartáveis serão remunerados em até 04 (quatro) unidades por dia desde que utilizados para administração de dieta, água e/ou módulos;

II - equipos: gravitacionais ou bomba de infusão enteral serão remunerados em 01 (uma) unidade diariamente para dieta enteral, e a remuneração de 01 (uma) unidade diária de equipo gravitacional para administração de água e módulos.

Art. 49 Os insumos acessórios relacionados à administração de dietas artesanais em casos de treinamento do paciente e familiares, conforme programação de alta da internação, serão indenizados pelo IPASGO desde que sob autorização prévia e pelo período determinado pela Auditoria.

§ 1º Determinada a alta do paciente da internação domiciliar é de responsabilidade da nutricionista assistente repassar orientações ao paciente, a família ou o responsável legal, quanto à preparação e à utilização da nutrição enteral prescrita para o período subsequente à alta, conforme determinações da Resolução – RDC nº 63, de 6 de julho de 2000, complementando as informações quanto a possibilidade de aquisição de dietas e suplementos enterais por meio de programas de apoio nutricional, bem como quanto à correta administração de dietas artesanais (cuidados no preparo, materiais necessários, higiene de utensílios e alimentos).

§ 2º Os rótulos das dietas enterais devem obedecer às normatizações vigentes estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) referentes à rotulagem.

§ 3º Todas as prescrições, evoluções e relatos deverão apresentar registros em letra legível e sem rasuras.

§ 4º As normativas do Conselho Federal de Nutricionistas (CFN), do Ministério da Saúde (MS) e da ANVISA relativas à nutrição, são complementares à presente Portaria, cujas exigências e/ou determinações serão igualmente consideradas nos critérios utilizados pela Auditoria.

§ 5º A auditoria analítica em Nutrição será realizada com fundamento nos dados apresentados no prontuário do paciente, bem como nos relatórios da auditoria operativa em Nutrição. O não cumprimento das disposições estabelecidas nesta Portaria Normativa poderá acarretar a glosa dos procedimentos em desacordo com as regras estabelecidas.

CAPÍTULO V DO REGIME DE ALTA E EXCLUSÃO DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Seção I Dos Critérios

Art. 50 Para a alta ou exclusão do paciente do Serviço de Internação Domiciliar serão observados os seguintes critérios:

I - estabilidade clínica, sendo possível o autocuidado;

II - não adesão pela família aos cuidados com o paciente;

III - óbito;

IV - exclusão do Sistema IPASGO Saúde nos termos da Lei nº 17.477/2011;

V - mudança de domicílio fora da área de abrangência do atendimento pelo IPASGO;

VI - ausência de cuidador;

VII - necessidade de internação hospitalar;

VIII - perfil adequado ao outro serviço disponibilizado pelo PERCE, como o Gerenciamento de Crônicos, Terapias Complementares, Atendimento Pontual ou Fornecimento de Oxigênio.

§ 1º Assim como a eleição para a internação domiciliar, a interrupção ou alta do paciente será efetivada exclusivamente por decisão médica.

§ 2º As decisões resultantes das situações e ou providências descritas no *caput* deste artigo deverão ser adotadas e assumidas em conjunto pela equipe de Auditoria, conforme fundamentos técnicos em relatório próprio, não necessitando do consentimento da família/cuidador.

Seção II

Das Responsabilidades das Empresas Contratadas Para Assistência Domiciliar

Art. 51 Em consonância às demais obrigações estabelecidas em contrato específico, é de responsabilidade da empresa prestadora de serviços:

I - a alimentação dos profissionais que prestarão atendimento em domicílio do paciente;

~~II - o transporte do paciente hospital/residência e residência/hospital, quando necessário;~~

II - o transporte do paciente hospital/residência e residência/hospital, em situações de urgência e emergência, após avaliação do pedido da empresa contratada, pela Auditoria do IPASGO; **NR**

[Alterado pela Portaria Normativa nº 10-2017/PR.](#)

III - o atendimento de emergência, e às ligações dos familiares/cuidadores, devendo responder às suas solicitações e realizar o primeiro atendimento em tempo hábil conforme necessidade do paciente, e se necessário, realizar a transferência para unidade hospitalar.

IV - acolher, orientar e treinar a família desde a assinatura do termo de adesão (admissão), para a devida conscientização da situação vivida e preparação para os cuidados exigidos pelo paciente.

V - o fornecimento de Equipamento de Proteção Individual – EPI, luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfuro-cortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial, segundo a NR 6, NR 9 e NR 32.

Parágrafo único. A remuneração dos serviços de Internação Domiciliar será realizada conforme unidades de referência, níveis de complexidade e valores indicados no Anexo IX desta Portaria Normativa.

CAPÍTULO VI DO FORNECIMENTO DE OXIGÊNIO DOMICILIAR

Seção I

Da Autorização e Fornecimento

Art. 52 Considerando que o fornecimento de oxigênio em domicílio para uso prolongado reduz a hipóxia tecidual durante as atividades cotidianas, aumenta a sobrevivência dos pacientes, incrementa a qualidade de vida, amplia a tolerância ao exercício, proporcionando a melhora dos sintomas neuropsiquiátricos decorrentes de hipoxemia crônica, diminuindo a necessidade de internações hospitalares;

Art. 53 Fica autorizada a disponibilização de oxigênio domiciliar aos usuários do Sistema IPASGO Saúde, conforme procedimento e critérios para o fornecimento, códigos e valores de remuneração dos serviços estabelecidos nesta Portaria Normativa.

Art. 54 O serviço de oxigênio domiciliar será autorizado aos pacientes com insuficiência respiratória crônica, resultante da fase final de diversas patologias respiratórias como doença pulmonar obstrutiva crônica, doença pulmonar parenquimatosa difusa, neoplasias do sistema respiratório, entre outras.

Art. 55 Para controle de fornecimento do oxigênio domiciliar os pacientes serão avaliados pelos médicos auditores do IPASGO, mediante apresentação de relatório do médico assistente, indicando e justificando a necessidade do serviço, acompanhado de exames comprobatórios de hipoxemia crônica (gasometria arterial dos últimos 15 dias).

§ 1º Não será exigido o comparecimento do paciente requerente à sede do IPASGO, ficando autorizada a entrega do relatório e exames pelo familiar responsável.

§ 2º A análise de elegibilidade do paciente para o recebimento do serviço de oxigênio domiciliar será realizada individualmente e de forma objetiva, com referência nos documentos apresentados.

Seção II

Dos Parâmetros de Elegibilidade, Utilização e Exclusão do Serviço de Oxigenoterapia

Art. 56 São considerados elegíveis para o recebimento do serviço de oxigênio domiciliar os pacientes que atendem aos seguintes parâmetros de avaliação:

I - PaO₂ menor ou igual a 55mmHG e/ou saturação menor ou igual a 88%, definidos pela gasometria arterial;

II - PaO₂ entre 56 e 59 mmHg ou saturação igual a 89% e sinais compatíveis com core pulmonal ou insuficiência cardíaca congestiva ou policitemia (hematócrito > 55%);

III - queda da saturação menor ou igual a 88% aos esforços ou durante o sono.

§ 1º Para fins de avaliação do usuário os casos especiais que porventura não correspondam aos parâmetros estabelecidos neste artigo serão avaliados individualmente, segundo critérios da equipe de Auditoria do IPASGO.

§ 2º Durante o período de fornecimento do oxigênio domiciliar o paciente será acompanhado pela equipe da Auditoria mediante reavaliação periódica, e devendo apresentar a gasometria na etapa de admissão e após 03 (três) meses, na reavaliação, sendo que para as reavaliações subsequentes a apresentação da gasometria será exigida mensalmente.

Art. 57 Realizada a análise de elegibilidade dos pacientes conforme critérios do art. 55º, e mediante os respectivos registros na unidade responsável pelo controle, os pacientes que utilizarão os serviços serão distribuídos de forma isonômica para cada prestador contratado.

Parágrafo único. Após a comunicação, pelo IPASGO, as empresas contratadas para o fornecimento dos serviços de oxigênio domiciliar terão prazo máximo de 48 (quarenta e oito) horas para início do atendimento.

Art. 58 O fornecimento de oxigênio em domicílio será realizado por meio das empresas contratadas para a execução do Programa de Internação Domiciliar nos termos desta Portaria Normativa.

Art. 59 A remuneração do prestador de serviço de oxigênio domiciliar será realizada de acordo com a descrição de material, dos valores e os códigos especificados da Tabela de Procedimentos do IPASGO, conforme detalhamento do Anexo VII desta Portaria Normativa.

§ 1º Os atendimentos serão realizados por meio da retirada de guia, pela empresa contratada, sem cobrança de coparticipação ao usuário.

§ 2º As recargas de códigos: 6078-0 e 6080-0 serão autorizadas pela Auditoria do IPASGO e serão pagas mediante apresentação do relatório com as justificativas da necessidade do fornecimento constante em fatura.

§ 3º As recargas excedentes deverão ser autorizadas pela auditoria do IPASGO devendo a solicitação ser instruída com o orçamento e justificativa pertinentes.

Art. 60 A alta e ou exclusão do usuário inscrito para o serviço de Oxigenoterapia Domiciliar dar-se-á em razão da ocorrência de:

- I - exclusão do IPASGO Saúde, nos termos da Lei nº 17.477/2011;
- II - óbito;
- III - notável evolução clínica que caracterize a ausência de dependência da oxigenoterapia;
- IV - usuário que deixar de atender aos critérios de admissão;
- V - mudança para região não contemplada pelo atendimento em domicílio;
- VI - internação Hospitalar;
- VII - não adesão ao tratamento por parte da família e/ou usuário ou não adesão às normas estabelecidas para inclusão no Programa de Oxigenoterapia Domiciliar.

CAPÍTULO VII DAS TERAPIAS COMPLEMENTARES

Seção I

Do Atendimento e Práticas de Reabilitação do Paciente

Art. 61 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 serão adotadas como referência nas práticas executadas, com vistas à reabilitação dos pacientes.

§ 2º É de responsabilidade das unidades da Coordenação de Auditoria de Ações Terapêuticas Domiciliares 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.

Art. 62 O atendimento de Terapias Complementares (TC), em domicílio destina-se aos usuários totalmente acamados, ou que possuam impossibilidade física definitiva de locomoção até a unidade de saúde, e que necessitam de cuidados com maior frequência, bem como de acompanhamento contínuo para reabilitação de evento advindo de doença.

Art. 63 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;

II - dependência física, acometido por problemas de saúde que impossibilitem sua locomoção até um ambulatório.

Seção II

Da Elegibilidade de Usuários aos Serviços de Terapias Complementares

Art. 64 Os usuários elegíveis ao atendimento domiciliar serão avaliados pela equipe da Coordenação de Auditoria das respectivas áreas e pela Coordenação de Auditoria de Ações Terapêuticas Domiciliares, 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 referências:

I - de 0 a 25 = totalmente dependente;

II - de 26 a 50 = dependência severa quando associada a ausência de marcha domiciliar.

Parágrafo único. A autorização para as especialidades de fonoaudiologia em Terapias Complementares é condicionada à necessidade do atendimento da especialidade de Fisioterapia.

Art. 65 Todas as solicitações deverão constar CID-10 compatível com a justificativa clínica.

Art. 66 A avaliação fonoaudiológica dar-se-á por meio do Protocolo de Disfagia, baseada no Protocolo de triagem definido pelo Consenso Brasileiro de Nutrição e Disfagia em idosos hospitalizados.

Art. 67 Em caso de negativa do atendimento domiciliar em fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia, a reavaliação poderá ser solicitada somente após o período de 6 (seis) meses ou no surgimento de novo evento de doença comprovado por novo relatório médico e exames complementares.

Seção III

Do Atendimento Domiciliar em Terapias Complementares

Art. 68 O atendimento domiciliar dar-se à somente após a assinatura do termo de adesão, da apresentação do Plano de Cuidados individual e da expressa autorização da empresa contratada.

§ 1º O Plano de Cuidados inicial será entregue na Coordenação de Auditoria de TC, pelo prestador credenciado.

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

I - 12 (doze) sessões para execução em um período de 30 (trinta) dias para Fisioterapia;

II - 12 (doze) sessões para execução em um período de 30 (trinta) dias para Fonoaudiologia;

III - 05 (cinco) sessões para execução em um período de 30 (trinta) dias para Psicologia.

Art. 69 Para autorização de psicologia, o Auditor avaliará o perfil do usuário e do seu cuidador.

§ 1º O Auditor do Instituto será o responsável por analisar a real necessidade de atendimento de Psicoterapia Breve (por até 3 meses), do cuidador que seja usuário do IPASGO. Não serão aceitas solicitações de atendimento por médicos ou de outros profissionais, sendo exclusivamente inerente à avaliação dos auditores

§ 2º Não será autorizada a prorrogação dos períodos estabelecidos no §1º, sendo que em caso excepcionalmente comprovado da necessidade, será autorizado apenas **uma** liberação, desde que mediante critérios estabelecidos pela Auditoria de Psicologia.

§ 3º Casos de pacientes que não verbalizam, deverão ser analisados cuidadosamente pelo Auditor, observando se através de algum estímulo sensorial haverá resposta. Se não houver resposta, o atendimento não será liberado.

§ 4º O atendimento em psicologia será realizado 01 (uma) vez por semana em horário pré-agendado, com o mínimo de 40 minutos de duração, com o profissional responsável pelo atendimento. O profissional que não comparecer à sessão deverá comunicar à auditoria com antecedência e deverá remarcar uma nova sessão para evitar prejuízos ao usuário.

§ 5º Em caso de dependência severa ou total, sessões extras de fisioterapia e fonoaudiologia poderão ser autorizadas ao paciente nessa condição, desde que não ultrapassado o limite de 20 (vinte) sessões mensais, nos casos agudos e por tempo limitado, 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. As demais terapias deverão permanecer com número de sessões estabelecido na normativa, independentemente da apresentação de relatório médico.

§ 6º Os atendimentos em fisioterapia e fonoaudiologia deverão ter no mínimo 30 (trinta) minutos de duração.

Art. 70 O atendimento de Terapias Complementares (TC) serão autorizados conforme os códigos, quantidades e valores detalhados no Anexo VIII desta Portaria Normativa.

Art. 71 As reavaliações serão realizadas nos períodos previamente estabelecidos pelo Auditor, conforme determinação em auditoria presencial, considerando o grau de dependência e prognóstico de cada paciente.

Art. 72 Para fins de comprovação da execução dos serviços em terapias complementares os profissionais da rede contratada deverão realizar a validação das sessões de atendimento, observados os seguintes procedimentos:

I - emissão da guia de atendimento ambulatorial com a indicação da quantidade de sessões autorizadas no período;

II - a cada sessão realizada, o prestador deverá acessar o sistema de emissão de guias, no campo de “Lista de Autorizações Terapias” para localização da última guia emitida e proceder a devida validação, mediante utilizando do cartão do usuário.

§ 1º O procedimento de validação de sessões não gerará 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.

§ 4º Para agilizar as validações das sessões realizadas pelos profissionais o cuidador/familiar responsável deve manter o cartão do usuário em local de fácil acesso e de conhecimento prévio pelos demais familiares porventura envolvidos no acompanhamento do paciente.

§ 5º A descrição das especialidades, códigos e valores pertinentes à remuneração dos serviços em terapias complementares constam do Anexo VIII desta Portaria.

Art. 73 A alta ou exclusão do usuário dos serviços em terapias complementares dar-se-á no caso de:

I - exclusão do IPASGO Saúde;

II - óbito;

III - ausência de Cuidador;

IV - não adesão ao tratamento por parte da família e/ou usuário;

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.

§ 1º O profissional da empresa contratada poderá, a qualquer tempo, sugerir a alta do paciente, com fundamento nas ocorrências detalhadas neste artigo, devendo comunicar ao IPASGO para a devida execução, pela Auditoria.

§ 2º Todo usuário deve possuir um prontuário/pasta destinado ao arquivamento do registro das evoluções e relatórios da equipe que realizar os atendimentos em domicílio.

§ 3º As decisões resultantes das situações e ou providências descritas no §1º deste artigo deverão ser adotadas e assumidas em conjunto pela equipe de Auditoria, conforme fundamentos técnicos em relatório próprio, não necessitando do consentimento da família/cuidador.

Seção IV

Dos Procedimentos dos Profissionais e Prestadores de Serviços em Terapias Complementares

Art. 74 Os profissionais responsáveis pelo atendimento em Terapias Complementares deverão, ao final de cada atendimento, preencher o formulário de evoluções com o relato dos dados clínicos, procedimentos adotados, além da evolução obtida e esperada, bem como registrar a data, horário, assinatura do profissional e do cuidador presente no momento do atendimento.

Art. 75 Ao término do prazo autorizado pelo Auditor as empresas contratadas para o atendimento de terapias complementares deverão encaminhar relatório dos pacientes atendidos, constando quadro clínico, escala de *Barthel*, procedimentos adotados e a evolução obtida.

Art. 76 Os termos de alta, óbito e desistência, deverão ser encaminhados mensalmente, em papel timbrado, com data e assinatura de profissional responsável da empresa.

Art. 77 A empresa contratada é responsável pelo fornecimento de Equipamento de Proteção Individual – EPI (luva de procedimento não-estéril, máscara cirúrgica, máscara N95, avental descartável, propé, dispositivo para descarte de material perfurocortante e óculos de proteção ou dispositivo de proteção facial), segundo a NR 6, NR 9 e NR 32).

CAPÍTULO VIII

DAS RESPONSABILIDADES DA FAMÍLIA E DO CUIDADOR NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Art. 78 A família/cuidador deve participar ativamente dos cuidados pertinentes ao paciente, e será responsável pelas atividades diárias do usuário como a 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. É de responsabilidade da empresa contratada a realização do treinamento específico.

Art. 79 É de responsabilidade da família providenciar a contratação do cuidador/responsável pelo paciente no período de 24 (vinte e quatro) horas por dia, bem como todas as demais condições e adaptações na residência, que sejam necessárias para o início e a continuidade do atendimento do usuário.

Parágrafo único. Dentre outras atividades pertinentes ao Plano de Cuidados do paciente, são funções do cuidador:

I - Encarregar-se das atividades elementares de atenção ao paciente, quer seja um membro da família ou pessoa contratada, ajudando na locomoção e em atividades físicas, tais como andar, tomar sol, movimentar as articulações;

II - estimular e ajudar na alimentação;

III - promover o lazer e a recreação, a comunicação e socialização do paciente, estimular a memória e o intelecto de um modo geral;

IV - manter ou adaptar o desenvolvimento de atividades laborativas segundo as capacidades do paciente;

V - assegurar a rotina de limpeza e a ordem da casa e do quarto do paciente fragilizado, acomodado às dependências, promovendo ambiente seguro e diminuindo riscos de acidentes.

Art. 80 A aquisição de medicamentos de uso contínuo (via oral, subcutânea ou intramuscular), locação ou aquisição de materiais, aparelhos e equipamentos individuais, tais como: nebulizador, aspirador, termômetro, cama hospitalar, cadeira de rodas, de banho, dentre outros, que o paciente tenha necessidade, é de responsabilidade da família, cujos custos não serão, em qualquer hipótese, ressarcidos pelo IPASGO, devendo a empresa contratada, no momento da assinatura de abertura de termo de atendimento, informar e conscientizar a família.

Art. 81 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.

Parágrafo único. O descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe multiprofissional e o usuário, familiares ou cuidadores poderá acarretar a exclusão do usuário do PERCE.

Seção II

Do Atendimento Pontual Domiciliar

Art. 82 O serviço de Atendimento Pontual Domiciliar- APD, tem como objetivo, e quando indicado, a intervenção domiciliar para a administração de medicamentos via intravenosa (IV), realização de curativos mais complexos (exceto em caso de queimaduras) e pequenos procedimentos que possam ser realizados em até 2 (duas) horas; como troca de sondas que necessitem da presença de enfermeira ou técnica de enfermagem, em usuários do IPASGO, com frequência de até duas vezes ao dia, por tempo e quantidades previamente determinados.

Art. 83 O código para intervenção domiciliar será autorizado mediante relatório do médico responsável, fornecido pelo usuário/familiar responsável, em solicitação realizada via sistema, devendo conter indicação do medicamento a ser utilizado e o ciclo (intervalo, dose e período) de administração; descrição detalhada da ferida (quantidade, tamanho, profundidade, foto e classificação do estágio), com descrição do serviço solicitado e a justificativa pertinente pelo médico assistente, sob discriminação dos códigos e procedimentos a seguir especificados:

I - código 00.08.106-0 : Atendimento Domiciliar Pontual – Antibiótico EV ou IM;

II - código 00.08.107-8 : Atendimento Domiciliar Pontual – Curativo Pequeno;

III - código 00.08.108-6 : Atendimento Domiciliar Pontual – Curativo médio;

IV - código 00.08.109-4 : Atendimento Domiciliar Pontual – Curativo Grande;

V - código 00.08.110-8 : Atendimento Domiciliar Pontual - Pequenos Procedimentos.

§ 1º Os casos elegíveis para o atendimento pontual domiciliar serão considerados para prevenção de internações hospitalares e mudança de complexidade do nível de assistência, devendo

as solicitações serem previamente avaliadas pelos Auditores médicos do Departamento de Atendimento Domiciliar.

§ 2º As indicações para realização de curativos deverão observar as seguintes parametrizações:

I - **Curativo pequeno:** Para o caso de pequenos ferimentos cuja natureza e complexidade exija a presença de enfermeira ou técnica de enfermagem para a realização, não podendo ficar a cargo da família ou cuidador, realizado uma vez por dia, por no máximo 3 dias. Toda necessidade acima destas quantidades deverá ser avaliada em ação operativa da auditoria do Ipsago para possível classificação como caso de falência de conduta.

II - **Curativo médio:** Ferimento de tamanho médio cuja natureza e complexidade exija a presença de enfermeira ou técnica de enfermagem para a realização, não podendo ficar a cargo da família ou cuidador, realizado uma vez por dia por no máximo 5 dias. Toda necessidade acima destas quantidades deverá ser avaliada em ação operativa da auditoria do Ipsago para possível classificação como caso de falência de conduta.

III - **Curativo grande:** Procedimento cuja natureza e complexidade exija a presença de enfermeira ou técnica de enfermagem para a realização, não podendo ficar a cargo da família ou cuidador, realizado uma vez por dia por no máximo 5 dias. Toda necessidade acima destas quantidades deverá ser avaliada em ação operativa da auditoria do Ipsago para possível classificação para outros curativos de menor complexidade (médio ou pequeno).

§ 3º A composição do cálculo do valor atribuído ao insumo, a previsão dos medicamentos e materiais em quantidades suficientes para a natureza dos curativos e demais requisitos constam dos detalhamentos nos Anexos X e XI desta Portaria.

Art.84 A inscrição no serviço de Atendimento Pontual Domiciliar será efetivada no caso de usuários:

I - acamados e totalmente dependentes com incapacidade temporária ou definitiva para as atividades de vida diária;

II - acamados e totalmente dependentes com incapacidade temporária ou definitiva para as atividades de vida diária, com úlceras de pressão de nível de classificação 3 e 4;

III - acamados e totalmente dependentes com incapacidade temporária ou definitiva para as atividades de vida diária, que necessitem de realizar troca de dispositivos médicos na qual seja imprescindível a realização por profissional da saúde;

IV - acamados e totalmente dependentes com incapacidade temporária ou definitiva para as atividades de vida diária, que necessitem de administração de medicação endovenosa ou IM.

Art. 85 Para a alta ou exclusão do paciente com intervenção em domicílio serão observados as seguintes ocorrências:

I - exclusão do IPASGO Saúde, óbito, mudança para região não contemplada pelo atendimento em domicílio, internação Hospitalar em razão de urgência e/ou instabilidade clínica;

II - finalização do ciclo de medicação;

III - úlcera de pressão que não necessita mais de curativo especializado, podendo ser realizado pelos familiares ou cuidadores, após treinamento pelos profissionais da empresa;

IV - pedido formalizado pela família;

V - desrespeito ao profissional assistente.

Parágrafo único. As decisões resultantes das situações e ou providências descritas no *caput* deste artigo deverão ser adotadas e assumidas em conjunto pela equipe de Auditoria, conforme fundamentos técnicos em relatório próprio, não necessitando do consentimento da família/cuidador.

CAPÍTULO IX DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 86 Para os fins desta Portaria Normativa, no âmbito do PERCE adotar-se-ão as definições da legislação pertinente, às quais se acrescentam as seguintes:

I - **Assistência Domiciliar:** conjunto de serviços de cuidados com a saúde disponibilizados no âmbito do Programa Especial de Reabilitação e Cuidados Especiais – PERCE, para ações de cuidado, prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, por empresa e equipe multiprofissional habilitada nessa área, nas condições e modalidades de assistência previstas nesta Portaria Normativa;

II - **Atendimento Domiciliar:** a realização de visitas ou de procedimentos, isolados ou periódicos, realizados no domicílio do paciente por profissional habilitado na área da saúde, como alternativa ao atendimento ambulatorial, ao usuário que não necessite de atendimento e/ou internação domiciliar ;

III - **Internação Domiciliar:** o serviço prestado no domicílio do paciente clinicamente estável, em substituição ou alternativo à hospitalização, realizado por equipe técnica habilitada e multiprofissional da área da saúde, com estrutura logística de apoio de instituição médica contratada pelo Instituto obrigatoriamente, coordenada e supervisionada pelos profissionais da área de saúde, Auditores do IPASGO;

IV - **Cuidador:** a pessoa designada pelo paciente ou sua família e apta para acompanhá-lo durante toda a assistência domiciliar, podendo ou não ser um familiar. Será o responsável pelo paciente, servindo de referência para as trocas de informações com os profissionais da equipe de assistência domiciliar e deles recebendo o adequado treinamento para os cuidados básicos necessários ao doente, conforme o Plano de Cuidados;

V - **Cuidados Básicos:** trata-se dos cuidados necessários para a manutenção da qualidade de vida, higiene, alimentação e conforto do paciente, somados a alguns procedimentos simples que podem ser aprendidos por leigos treinados por profissionais habilitados, dando autonomia ao paciente e/ou ao seu cuidador;

VI - **Médico Assistente:** o médico que já acompanha o caso do paciente, ambulatorialmente ou em sua hospitalização, competindo-lhe definir se o seu paciente pode submeter-se ao regime de assistência domiciliar, desde que preenchidos os requisitos preestabelecidos, reservada a prerrogativa do acompanhamento domiciliar, se do desejo do paciente. No caso de negativa do profissional, outro médico poderá acompanhar o paciente em seu domicílio, a partir de laudo circunstanciado fornecido, obrigatoriamente, pelo assistente;

VII - **Médico Visitador:** o médico designado pelo corpo clínico da instituição prestadora de assistência domiciliar responsável pelo gerenciamento do caso e que realiza visitas periódicas no domicílio, auxiliando ou substituindo o médico assistente, quando necessário e de acordo com o Plano Terapêutico;

VIII - **Plano de Cuidados:** indica qual a abordagem, a estratégia de tratamento domiciliar ao paciente, considerando suas necessidades clínicas, treinamento do cuidador, tempo de duração e nível de complexidade da assistência, medicação, dieta, etc, programação de “desmame” e alta, além de estabelecer as competências entre equipe e paciente/família;

IX - **Desmame:** é o nome dado à redução gradual da estrutura disponibilizada na assistência domiciliar, de acordo com a evolução do plano de cuidados previamente acordado, até a alta do paciente;

X - **Equipe multiprofissional:** grupo composto, em geral, por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem, pertencentes aos quadros da empresa prestadora de serviços e do IPASGO.

Parágrafo único. Nos termos do art. 10 da Resolução CFM nº 1668/2003 a assistência domiciliar poderá ser viabilizada após anuência expressa do paciente ou de seu responsável legal, em documento padronizado que deverá ser apensado ao prontuário.

Art.87 Ficam revogadas:

I - Portaria Normativa nº 04, de 14 de maio de 2008, que instituiu o serviço de Assistência Domiciliar no âmbito do Programa IPASGO Domiciliar;

II - Portaria Normativa nº 17, de agosto de 2011, que dispõe sobre o gerenciamento de casos crônicos e a Portaria Normativa nº nº 4/2008, que institui o serviço de Assistência Hospitalar Domiciliar;

III - Portaria Normativa nº 13, de 11 de novembro de 2013, que dispõe sobre o Programa de Reabilitação e Cuidados Especiais – PRCE;

IV - Portaria Normativa nº 14, de 05 de novembro de 2014;

V - Portaria Normativa nº 9, de 25 de setembro de 2015;

VI - Portaria Normativa nº 15, de 03 de agosto de 2016; e,

VII - Portaria Normativa nº 16, de 09 de setembro de 2016, que autoriza o fornecimento de Oxigenoterapia Domiciliar.

Art. 88 Esta Portaria Normativa entrará em vigor na data de sua assinatura.

DÊ-SE CIÊNCIA E CUMPRA-SE.

Gabinete da Presidência do IPASGO, em Goiânia, aos 20 dias do mês de junho de 2017.

Rogério Cândido da Silva
Presidente em Exercício
PA n.º 100-2017/PR

Portaria Normativa nº 7-2017/PR

ANEXO I

Programa Especial de Reabilitação e Cuidados Especiais

Tipo de Serviços/Códigos/ Procedimentos

		GRUPO		PROCEDIMENTO	
0002	ATENDIMENTO DOMICILIAR	000208	INTERNACAO DOMICILIAR	00020079	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DOMICILIAR
0008	ATENDIMENTO – PROGRAMA ESPECIAL DE REABILITAÇÃO E CUIDADOS ESPECIAIS (PERCE)	000800	GERENCIAMENTO DE DOENÇAS	00.08.011-0	Gerenciamento de doenças – GD
		000801	GERENCIAMENTO DE CASOS CRONICOS – GCC	00.08.012-8	Gerenciamento de casos 1 - medico
				00.08.013-6	Gerenciamento de casos 1 - enfermagem
				00.08.014-4	Gerenciamento de casos 1 - equipe interdisciplinar
				00.08.015-2	Gerenciamento de casos 2 - medico
				00.08.016-0	Gerenciamento de casos 2 - enfermagem
				00.08.017-9	Gerenciamento de casos 2 - equipe interdisciplinar
				00.08.018-7	Gerenciamento de casos 3 - medico
				00.08.019-5	Gerenciamento de casos 3 - enfermagem
		000802	ATENDIMENTO DOMICILIAR EM TERAPIAS COMPLEMENTARES	00.08.101-9	Fisioterapia domiciliar
				00.08.102-7	Fonoaudiologia domiciliar
				00.08.103-5	Psicologia domiciliar
				00.08.104-3	Nutrição domiciliar
		000803	Oxigênio Domiciliar	00.08.105-1	Fornecimento de oxigênio domiciliar
		000804	Atendimento Pontual	00.08.106-0	
				00.08.107-8	Atendimento domiciliar pontual – curativo pequeno
00.08.108-6	Atendimento domiciliar pontual – curativo médio				
00.08.109-4	Atendimento domiciliar pontual – curativo grande				
		00.08.110-8	Atendimento domiciliar pontual – pequenos procedimentos		

ANEXO II

Remuneração Atuação Profissional GD e GCC

Códigos/Descrição/Quantidade/Valores CH

CÓDIGO*	DESCRIÇÃO	QUANT. CH	VALOR CH
00.08.011-0	Gerenciamento de Doenças - GD	470	0,2808
00.08.012-8	Gerenciamento de casos 1 - médico	528,84	0,2808
00.08.013-6	Gerenciamento de casos 1 - enfermagem	528,84	0,2808
00.08.014-4	Gerenciamento de casos 1 - equipe interdisciplinar	528,84	0,2808
00.08.015-2	Gerenciamento de casos 2 - médico	453,27	0,2808
00.08.016-0	Gerenciamento de casos 2 - enfermagem	453,27	0,2808
00.08.017-9	Gerenciamento de casos 2 - equipe interdisciplinar	453,27	0,2808
00.08.018-7	Gerenciamento de casos 3 - médico	408,97	0,2808
00.08.019-5	Gerenciamento de casos 3 - enfermagem	408,97	0,2808
00.08.024-1	Gerenciamento de casos 3 - equipe interdisciplinar	408,97	0,280

Códigos/Descrição/Valores CH

CÓDIGO*	DESCRIÇÃO	QUANT. CH	VALOR CH
00.08.011-0	Gerenciamento de Doenças - GD	241	0,5475
00.08.012-8	Gerenciamento de casos 1 - médico	271	0,5475
00.08.013-6	Gerenciamento de casos 1 - enfermagem	271	0,5475
00.08.014-4	Gerenciamento de casos 1 - equipe interdisciplinar	271	0,5475
00.08.015-2	Gerenciamento de casos 2 - médico	232	0,5475
00.08.016-0	Gerenciamento de casos 2 - enfermagem	232	0,5475
00.08.017-9	Gerenciamento de casos 2 - equipe interdisciplinar	464	0,5475
00.08.018-7	Gerenciamento de casos 3 - médico	209,7	0,5475
00.08.019-5	Gerenciamento de casos 3 - enfermagem	209,7	0,5475
00.08.024-1	Gerenciamento de casos 3 - equipe interdisciplinar	623	0,5475

(NR)''

Alterado pela Portaria Normativa nº 18-2017/PR

* Os valores atribuídos aos códigos remuneram a atuação do profissional e o seu deslocamento até o local do atendimento.

ANEXO III

Gerenciamento de Doenças – GD

Tabela de Valores/Visitas*

Item	Unidade de Referência	Valor atual**
Do Gerenciamento de Doenças*	Mês	R\$ 132,00

* Programa mensal: a previsão de recursos básico para o programa GD é uma visita mensal de acompanhamento pela equipe interdisciplinar ou enfermagem.

~~** Para achar o valor da visita utilizamos o valor total e dividimos pelo total de visita para o mesmo período: R\$ 132,00 / 01 = R\$132,00
 Valor CH = 0,2808
 Quantidade de CH = 470~~

** Para achar o valor da visita utilizamos o valor total e dividimos pelo total de visita para o mesmo período:
 R\$ 132,00 / 01 = **R\$132,00**
 Valor CH = **0,5475**
 Quantidade de CH = **241 (NR)**
 Alterado pela Portaria Normativa nº 18-2017/PR

ANEXO IV

Gerenciamento de Casos 1 – GC1*

Unidades de Referência/Valores

Item	Unidade de Referência	Valor atual**
Do Gerenciamento de Casos 1	Mês	R\$ 346,50
Do Gerenciamento de Casos 1	Trimestre	R\$ 1.039,50

* Programa trimestral: a previsão de recursos básico para o programa CG – 1 é de uma visita médica trimestral; de visitas mensais de acompanhamento pela enfermagem (totalizando três visitas pela enfermagem no trimestre) e visitas mensais de acompanhamento pela equipe interdisciplinar (totalizando três visitas pela equipe interdisciplinar no trimestre). Sendo um total de 07 visitas para o período.

~~** Para estabelecer o valor da visita foi considerado o valor total dividido pelo número total de visitas para o mesmo período utilizamos o valor total para o trimestre e dividimos pelo total de visitas para o mesmo período: R\$ 1039,50 / 07 = R\$148,50
 Valor CH = 0,2808
 Quantidade de CH = 528,84~~

** Para estabelecer o valor da visita foi considerado o valor total dividido pelo número total de visitas para o mesmo período utilizamos o valor total para o trimestre e dividimos pelo total de visitas para o mesmo período: R\$ 1039,50 / 07 = **R\$148,50**
 Valor CH = **0,5475**
 Quantidade de CH = **271,23 (NR)**
 Alterado pela Portaria Normativa nº 18-2017/PR

ANEXO V

Gerenciamento de Casos 2 – GC2*

Unidades de Referência/Valores

Item	Unidade de Referência	Valor atual**
Do Gerenciamento de Casos 2	Mês	R\$ 445,50
Do Gerenciamento de Casos 2	Bimestre	R\$ 891,00

* Programa bimestral: a previsão de recursos básico para o programa CG – 2 é de uma visita médica bimensal; de visitas mensais de acompanhamento pela enfermagem (totalizando duas visitas pela enfermagem no bimestre) e duas visitas mensais de acompanhamento pela equipe interdisciplinar (totalizando quatro visitas pela equipe interdisciplinar no bimestre). Sendo um total de 07 visitas para o período.

~~**Para estabelecer os valores das visitas foi considerado o valor total para o bimestre dividido pelo total de visitas para o mesmo período: R\$ 891,00 / 07 = R\$ 127,28~~
~~Valor CH = 0,2808~~
~~Quantidade de CH = 453,27~~

Para estabelecer os valores das visitas foi considerado o valor total para o bimestre dividido pelo total de visitas para o mesmo período: R\$ 891,00 / 07 = **R\$ 127,28
 Valor CH = 0,5475
 Quantidade de CH = 232,47 (NR)”
 Alterado pela Portaria Normativa nº 18-2017/PR

ANEXO VI GERENCIAMENTO CASOS - GC3

Unidade de Referência/ Valores

Item	Unidade de Referência	Valor atual**
Do Gerenciamento de Casos 3*	Mês	R\$ 574,20

* Programa mensal: como a previsão de recursos básico para o programa GC - 3 é uma visita médica mensal; de visitas mensais de acompanhamento pela enfermagem e de três visitas mensais de acompanhamento pela equipe interdisciplinar. Sendo um total de 05 visitas para o período.

~~** Para estabelecer o valor da visita foi considerado o valor atual dividido pelo total de visitas para o mesmo período: R\$ 574,20 / 05 = R\$114,84~~
~~Valor CH = 0,2808~~
~~Quantidade de CH = 408,97~~

** Para estabelecer o valor da visita foi considerado o valor atual dividido pelo total de visitas para o mesmo período: R\$ 574,20 / 05 = **R\$114,84**
 Valor CH = 0,5475
 Quantidade de CH = 209,75 (NR)”
 Alterado pela Portaria Normativa nº 18-2017/PR

ANEXO VII Fornecimento de Oxigênio Domiciliar - 00.08.105-1

Códigos/ Material/Valores

CÓDIGO	MATERIAL	VALOR
6330-4	- Kit contendo um concentrador de oxigênio 5Lpm + cilindro de oxigenoterapia 8m ³ + descartáveis	R\$534,00 - taxa mensal - unidade
6078-0	- Recarga de oxigênio medicinal 8m ³ (cilindro domiciliar) em casos de intercorrências (falta de energia e/ou mau funcionamento do aparelho) 1 recarga/mês	R\$ 100,00 - unidade
6074-7	- Cilindro oxigenoterapia 1m ³ (para transporte) fornecido em casos de necessidade de realização de transporte para consultas e/ou procedimentos médicos, no limite de até 2 cilindros por mês	R\$ 100,00 - unidade
6080-0 6080-1	- Recarga de oxigênio medicinal 1m ³ (para cilindro transporte) 2 recargas/mês	R\$ 70,00 - unidade

(NR)

Alterado pela Portaria Normativa nº 13-2017/PR.

ANEXO VIII

Terapias Complementares

Códigos/ Descrição/Valores

CÓDIGO	DESCRIÇÃO	QUANT. CH	VALOR CH
00.08.101-9	FISIOTERAPIA DOMICILIAR	109,59	0,5475
00.08.102-7	FONOAUDIOLOGIA DOMICILIAR	109,59	0,5475
00.08.103-5	PSICOLOGIA DOMICILIAR	109,59	0,5475
00.08.104-3	NUTRIÇÃO DOMICILIAR	109,59	0,547

ANEXO IX

Internação Hospitalar

Níveis de Complexidade/Unidade de Referência/Valores

Item	Unidade de Referência	Valor Atual
1. Internação Domiciliar Baixa Complexidade	dia	R\$ 188,10
2. Internação Domiciliar Média Complexidade	dia	R\$ 247,50
3. Internação Domiciliar Alta Complexidade	dia	R\$ 385,00

ANEXO IX

Internação Hospitalar

Níveis de Complexidade/Unidade de Referência/Valores

Item	Unidade de Referência	Valor Atual
------	-----------------------	-------------

1. Internação Domiciliar Baixa Complexidade	dia	R\$ 208,25
2. Internação Domiciliar Média Complexidade	dia	R\$ 274,01
3. Internação Domiciliar Alta Complexidade	dia	R\$ 426,23

(NR)

Alterado pela Portaria Normativa nº 10-2017/PR.

ANEXO X

Atendimento Pontual Domiciliar - APD

00.08.106-0	Atendimento domiciliar pontual antibiótico IV ou IM	+ medicamento antibiótico
00.08.107-8	Atendimento domiciliar pontual curativo pequeno	não
00.08.108-6	Atendimento domiciliar pontual curativo médio	não
00.08.109-4	Atendimento domiciliar pontual curativo grande	não
00.08.110-8	Atendimento domiciliar pontual pequenos procedimentos	+ material específico do procedimento

ANEXO XI

Códigos/Valores Curativos

Código	Tipo/Procedimento	Insumo em R\$
00.08.107-8	Curativo pequeno	12,00
00.08.108-6	Curativo médio	30,00
00.08.109-4	Curativo grande	50,00

ANEXO XII

Assistência Domiciliar no Interior

Códigos/Níveis de Complexidade/Valores

Código	Descrição	Valor em R\$
109004	Diária de Assistência Hospitalar Baixa Complexidade - Interior	258,23
109005	Diária de Assistência Hospitalar Média Complexidade - Interior	339,77
109006	Diária de Assistência Hospitalar Alta Complexidade - Interior	528,53

