



**MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO
PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
CONSELHO GESTOR**

NORMA COMPLEMENTAR Nº 27, DE 27 DE JULHO DE 2023

Regulamenta o Programa de Atenção Domiciliar no âmbito do Programa de Saúde e Assistência Social do Ministério Público da União – Plan-Assiste.

O CONSELHO GESTOR DO PROGRAMA DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO - PLAN-ASSISTE, no uso da atribuição que lhe confere o art. 52, inciso V, do Regulamento Geral, aprovado pela [Portaria PGR/MPU nº 94, de 5 de junho de 2023](#), e de acordo com o deliberado na 45ª Reunião, realizada em 26 de maio de 2023, resolve:

**CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

Art. 1º O Programa de Atenção Domiciliar (PAD) caracteriza-se pelo conjunto de ações a cargo de uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD), no domicílio do paciente, que articula de forma integrada medidas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação capazes de favorecer o desenvolvimento e a adaptação de funções, o restabelecimento da independência e a preservação da autonomia do paciente.

§ 1º O PAD compreende serviços prestados sob assistência médica direta, na modalidade dirigida ou de livre escolha, por clínicas ou empresas regularmente inscritas nos órgãos de fiscalização competentes.

§ 2º O serviço prestado pela rede credenciada ou por operadoras deverá seguir fielmente as disposições desta Norma Complementar.

**CAPÍTULO II
DOS OBJETIVOS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

Art. 2º São objetivos do PAD:

I - possibilitar alta hospitalar precoce aos pacientes cuja permanência em internação se deva apenas à realização de procedimentos, que, por sua complexidade, possam ser realizados em domicílio, conferindo-lhes tratamento de saúde humanizado, com observância dos princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça;

II - reduzir os riscos de agravos decorrentes de internações hospitalares prolongadas;

III - racionalizar os custos assistenciais próprios da utilização da infraestrutura hospitalar;

IV - possibilitar a recuperação do paciente em ambiente familiar;

V - estreitar a relação do médico com o paciente e a da equipe de saúde com o paciente e a família;

VI - prevenir internações recorrentes;

VII - possibilitar atenção médica precoce em casos de intercorrências no domicílio;

VIII - envolver diretamente os familiares na recuperação e no restabelecimento do paciente;

IX - permitir a retomada do vínculo familiar e da rotina domiciliar do paciente;

X - promover o autocuidado; e

XI - promover a adaptação e a maior autonomia do paciente e de seus familiares nas atividades da vida diária.

CAPÍTULO III DA ELEGIBILIDADE E ENQUADRAMENTO

Art. 3º O PAD admite pacientes clinicamente estáveis que se encontram em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade em que a atenção domiciliar seja considerada a mais adequada para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos exigidos pelo quadro clínico, tendo em vista a ampliação da autonomia do paciente, da família e do cuidador.

Seção I Da Elegibilidade

Art. 4º Para que o paciente possa ser considerado preliminarmente elegível à admissão no PAD, exige-se o atendimento concomitante dos seguintes critérios primários:

I - indicação, pelo médico assistente, dos serviços de atenção domiciliar, formalizada em relatório detalhado;

II - demonstração de que o paciente advém de ao menos uma internação hospitalar por igual motivo;

III - existência de condições socioambientais compatíveis com os serviços a serem prestados no domicílio do paciente;

IV - identificação de quadro clínico de complexidade compatível com o atendimento domiciliar;

V - restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva;

VI - anuência da família e do paciente, especialmente no que se refere às regras do PAD;

VII - existência de ao menos um familiar responsável pelo cumprimento das orientações da EMAD;

VIII - presença, no domicílio, de cuidador hábil, familiar ou contratado pelo paciente, pelo responsável legal ou pela família, 24 (vinte e quatro) horas por dia; e

IX - ausência das inelegibilidades previstas nesta Norma Complementar.

Parágrafo único. Excepcionalmente o PAD poderá admitir, em qualquer das suas modalidades, pacientes não procedentes de internação hospitalar, desde que a indicação esteja tecnicamente fundamentada pelo médico assistente.

Seção II Do Enquadramento

Art. 5º Na análise específica da elegibilidade, cada caso deverá ser submetido à Tabela de Avaliação de Elegibilidade e Pontuação de complexidade para atenção domiciliar (TAEP), preenchida por médico perito indicado pelo Plan-Assiste, que procederá ao enquadramento em uma das modalidades de atenção domiciliar, a partir da pontuação obtida.

Parágrafo único. A Diretoria Executiva Colegiada do Plan-Assiste definirá a TAEP específica a ser adotada.

Art. 6º O instrumento de pontuação não vincula o parecer conclusivo do perito médico da auditoria indicada pelo Plan-Assiste, que disporá de autonomia para complementar os resultados com a sua avaliação pormenorizada.

§ 1º Divergências entre a pontuação da TAEP e o entendimento final do perito médico deverão estar explícitas e substancialmente fundamentadas no respectivo parecer para

que possam ser consideradas durante o processamento da solicitação de admissão.

§ 2º Mesmo havendo a pontuação mínima exigida pela TAEP, a admissão no PAD poderá ser indeferida em virtude da avaliação médica ou por razões administrativas devidamente fundamentadas.

Seção III Da Inelegibilidade

Art. 7º São critérios de inelegibilidade ao PAD:

I - falta de cuidador, familiar ou contratado pelo paciente, pelo responsável legal ou pela família, presente 24 horas por dia no domicílio;

II - falta de familiar responsável;

III - falta de condições físicas e estruturais na residência;

IV - recusa do paciente com lucidez preservada;

V - recusa dos familiares, caso a lucidez do paciente esteja alterada;

VI - instabilidade do quadro clínico incompatível com o atendimento domiciliar;

VII - pós-operatório;

VIII - condições clínicas que requeiram exclusivamente enfermagem particular ou cuidador; ou

IX - quadros caracterizados exclusivamente pela exigência de atendimentos domiciliares relacionados à senilidade, como a manutenção dos cuidados básicos com higiene e dieta, mobilização no leito, troca de fraldas, auxílio para mobilização ou deambulação, medicação oral ou por sonda e patologias crônicas clinicamente estáveis e acompanhadas ambulatorialmente.

CAPÍTULO IV DAS MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 8º Os serviços de atenção domiciliar oferecidos pelo PAD podem ser prestados em duas modalidades:

I - assistência domiciliar (AsD); e

II - internação domiciliar (ID).

Art. 9º As modalidades distinguem-se pela complexidade do conjunto de ações de atenção domiciliar que serão prestadas, de forma que o enquadramento do paciente será

definido pelos tipos de cuidados que o quadro clínico exija, incluindo-se a avaliação da complexidade das intervenções de saúde, o grau de dependência do paciente em relação à equipe multidisciplinar, o quantitativo de profissionais, a qualificação destes exigível e o tempo necessário ao atendimento das demandas.

Seção I

Da Assistência Domiciliar (AsD)

Art. 10. A modalidade de Assistência Domiciliar (AsD) engloba ações preventivas e assistenciais de baixa complexidade reservadas a casos clínicos com menor necessidade de recursos de saúde.

Art. 11. Reserva-se a AsD a casos que demandem serviços de atenção domiciliar de baixa complexidade e menor frequência de cuidados e intervenções multiprofissionais.

Parágrafo único. A AsD abrangerá os quadros clínicos marcados pelas seguintes características gerais:

- I - diagnóstico de problemas de saúde controlados e/ou compensados;
- II - dispensa de procedimentos e/ou de técnicas de maior complexidade;
- III - dispensa de atenção especializada em tempo integral;
- IV - dispensa de atendimento médico e/ou de enfermagem frequente;
- V - possibilidade de maior espaçamento entre as visitas de profissionais de saúde; ou
- VI - presença de cuidador capacitado para prestar os cuidados exigidos.

Art. 12. A AsD organiza-se nas submodalidades de assistência seguintes, que poderão ser agrupadas, conforme as necessidades de cada caso:

- I - visitas médicas e de enfermagem de até 1 (uma) vez por semana;
- II - assistência paramédica domiciliar de fisioterapia, fonoterapia, nutrição, psicologia, serviço social e/ou terapia ocupacional, conforme indicação médica fundamentada;
- III - farmacoterapia injetável;
- IV - realização de curativos complexos, por profissional de enfermagem.

Parágrafo único. O rol deste artigo não é taxativo, admitindo-se a inclusão de outras submodalidades de assistência domiciliar no momento da elaboração do plano terapêutico de cada paciente, desde que a indicação esteja tecnicamente fundamentada pelo médico assistente.

Seção II

Internação Domiciliar (ID)

Art. 13. A modalidade de Internação Domiciliar (ID) engloba serviços de atenção de alta complexidade, sistematizadas de forma integral e contínua, reservadas a casos clínicos com maior necessidade de recursos de saúde.

Art. 14. A ID atenderá exclusivamente a quadros clínicos que demandem tecnologia especializada e que exijam cuidados multiprofissionais frequentes e uso de equipamentos e/ou agregação de procedimentos médicos, de enfermagem ou de suporte técnico de complexidade similar aos oferecidos em ambiente hospitalar.

Art. 15. A ID apresenta as seguintes submodalidades:

- I - plantão de 12 (doze) horas diárias de técnico de enfermagem; e
- II - plantão de 24 (vinte e quatro) horas diárias de técnico de enfermagem.

CAPÍTULO V

PROCEDIMENTO DE ADMISSÃO AO PAD

Art. 16. A análise da admissão no PAD seguirá as seguintes etapas:

- I - indicação;
- II - processamento da solicitação; e
- III - início da cobertura da prestação da assistência ou da internação domiciliar.

Seção I

Da Indicação

Art. 17. A indicação para possível admissão no PAD deverá ser realizada pelo profissional médico que acompanha o paciente proveniente de uma internação hospitalar, de acordo com os critérios clínicos e as condições socioambientais do domicílio.

Seção II

Do Processamento da Solicitação

Art. 18. O processamento da solicitação incluirá a análise dos seguintes documentos que deverão ser apresentados ao Plan-Assiste:

I - relatório médico, preenchido e subscrito pelo médico que indicou a atenção domiciliar, informando detalhadamente o quadro clínico atual e as necessidades do paciente,

conforme Anexo I desta Norma Complementar;

II - parecer emitido pelo perito médico indicado pelo Plan-Assiste, com a avaliação clínica do paciente e aplicação da tabela de avaliação (TAEP) definida pela Diretoria Executiva Colegiada do Plan-Assiste, conforme Anexo II desta Norma Complementar; e

III - termo de anuência e responsabilidade preenchido e assinado, conforme o caso, pelo paciente e/ou por seu responsável legal, conforme Anexo III desta Norma Complementar.

Parágrafo único. O deferimento ou o indeferimento da admissão no PAD e, se for o caso, a definição da modalidade adequada e do período de vigência caberão ao Plan-Assiste.

Art. 19. As admissões deferidas serão encaminhadas à empresa prestadora dos serviços de atenção domiciliar, na modalidade dirigida ou de livre escolha, para a elaboração do plano terapêutico, que conterà:

I - a descrição das assistências clínicas, terapêuticas e psicossociais necessárias;

II - a indicação dos materiais, medicamentos, procedimentos e equipamentos necessários, bem como do período de utilização e das quantidades estimadas;

III - o cronograma das atividades dos diversos profissionais indicados e a logística de atendimento, incluindo-se o número de sessões ou de consultas para cada área; e

IV - o orçamento pormenorizado.

§ 1º A documentação apresentada será analisada pelo Plan-Assiste para manifestação quanto à cobertura.

§ 2º Para que possam ser autorizados, os itens a serem cobertos deverão ter a indicação devidamente comprovada e fundamentada no plano terapêutico individualizado.

§ 3º A inclusão de materiais, de serviços e/ou de procedimentos ao orçamento previamente aprovado pelo Plan-Assiste dependerá de prescrição médica e de autorização novas e específicas.

CAPÍTULO VI DA COBERTURA

Art. 20. O perfil de cobertura correlaciona-se à modalidade de atenção domiciliar.

Seção I

Da Cobertura na modalidade de internação domiciliar (ID)

Art. 21. A ID admite a cobertura dos seguintes encargos básicos:

I - honorários profissionais:

a) plantão de técnico de enfermagem de 12 (doze) ou 24 (vinte e quatro) horas diárias;

b) visita médica;

c) visita de enfermeiro;

d) visita de nutricionista;

e) sessões domiciliares paramédicas de fisioterapia, fonoterapia, nutrição, psicologia, serviço social e/ou terapia ocupacional;

II - equipamentos abrangidos no valor da diária de internação domiciliar de 12 (doze) ou 24 (vinte e quatro) horas, na modalidade dirigida ou de livre escolha;

III - medicamentos indispensáveis ao tratamento;

IV - oxigenioterapia e aparelho para ventilação mecânica;

V - materiais para curativos e procedimentos necessários;

VI - remoções de urgência, de emergência ou eletivas;

VII - nutrição parenteral; e

VIII - diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) ou diálise peritoneal automatizada (DPA), conforme a tabela de referência do Plan-Assiste.

§ 1º O custeio de equipamentos não incluídos na diária e/ou não previstos neste artigo seguirá as regras do auxílio para órteses e próteses não cirúrgicas, conforme norma complementar específica.

§ 2º A utilização de cilindros de oxigênio dependerá de prescrição médica específica.

Art. 22. A cobertura não se estenderá a alimentos, nutrientes e suplementos alimentares.

Art. 23. As despesas com dieta enteral industrializada, utilizada para substituir a alimentação oral via sonda, e com o material necessário à administração, quando suportadas pelo paciente, sujeitar-se-ão a reembolso, desde que tenham sido previamente autorizadas pelo Plan-Assiste.

Parágrafo único. Bombas de infusão contínua para administração de dietas enterais poderão ser cobertas mediante indicação devidamente fundamentada, nas seguintes situações:

- I - diarreia de difícil controle;
- II - distensão abdominal e risco de refluxo após administração da dieta;
- III - síndrome de intestino curto; ou
- IV - fístulas gástricas.

Seção II

Da Cobertura na Modalidade de Assistência Domiciliar (AsD)

Art. 24. A AsD poderá admitir a cobertura dos seguintes encargos básicos:

I - honorários profissionais:

- a) visita médica;
- b) visita de enfermeiro;
- c) visita de nutricionista;
- d) assistência paramédica de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, serviço social e/ou terapia ocupacional;

II - oxigenioterapia;

III - material para curativos;

IV - remoções de urgência e de emergência; e

V - medicamentos parenterais e o material necessário à administração.

§ 1º O custeio de equipamentos, na AsD, observará o disposto em Norma Complementar editada pelo Conselho Gestor do Plan-Assiste.

§ 2º Pacientes oncológicos, excepcionalmente, receberão cobertura padrão dos medicamentos quimioterápicos, adjuvantes e para reações adversas da quimioterapia, independentemente da via de administração.

Art. 25. Na AsD, o PAD não cobrirá:

I - alimentos, suplementos, nutrientes alimentares e dietas enterais industrializadas;

II - medicamentos de administração oral ou de autoaplicação intramuscular e subcutânea;

III - materiais de uso contínuo, inclusive de higiene pessoal; e

IV - fraldas.

Parágrafo único. A cobertura poderá estender-se, excepcionalmente, a bolsas de colostomia, ileostomia ou urostomia, a sondas vesical de demora e a coletores de urina com conector.

Seção III

Dos Itens Não Cobertos

Art. 26. Independentemente da modalidade, não serão cobertos pelo PAD:

I - objetos de uso pessoal e de higiene;

II - umidificadores;

III - equipamentos de proteção individual - EPI;

IV - equipamentos de uso médico e de enfermagem;

V - itens sem prescrição fundamentada médica ou de enfermagem;

VI - honorários de profissionais de saúde, em caráter particular, mesmo que o caso exija cuidados especiais;

VII - honorários de cuidadores;

VIII - despesas de fornecimento de energia elétrica ou água e as decorrentes de reestruturação residencial, ainda que necessária à instalação de equipamentos; e

IX - alimentos, suplementos e nutrientes alimentares.

§ 1º Em casos específicos, identificados pelo Plan-Assiste, poderá ser autorizada a capacitação de cuidadores para os pacientes admitidos no PAD, desde que esteja prevista no contrato com a empresa prestadora dos serviços e que haja a anuência expressa do paciente, do responsável legal ou da família.

§ 2º A capacitação do cuidador formalmente indicado ocorrerá pelo prazo máximo de 15 (quinze) dias.

§ 3º no caso de substituição do cuidador, caberá ao paciente, ao responsável legal ou à família custear capacitações posteriores.

CAPÍTULO VII

DA RESPONSABILIDADE DA FAMÍLIA NO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 27. A família do paciente é parte ativa no PAD e neste assumirá as seguintes responsabilidades:

I - providenciar, a presença do cuidador, familiar ou contratado, no domicílio e por 24 (vinte e quatro) horas diárias, para acompanhar as atividades da equipe multiprofissional, seguindo as recomendações desta;

II - providenciar as adaptações residenciais necessárias ao atendimento do paciente;

III - disponibilizar telefone de contato para a empresa prestadora dos serviços de atenção domiciliar;

IV - providenciar a locação ou a aquisição de aparelhos e equipamentos necessários ao atendimento do paciente, quando não cobertos pelo PAD;

V - fornecer alimentação ao técnico de enfermagem em plantão no domicílio; e

VI - acompanhar o paciente, diretamente ou por meio do cuidador, nas remoções, sempre que forem necessários procedimentos ou consultas fora do domicílio.

§ 1º A família e o cuidador são corresponsáveis por manter a equipe informada e por contatar a empresa prestadora dos serviços de atenção domiciliar, quando suspeitarem do agravamento do quadro de saúde do paciente.

§ 2º O não cumprimento das normas e orientações da equipe pelo paciente, pelo responsável legal ou pela família ensejará o desligamento do PAD.

Art. 28. O cuidador deverá:

I - ter 24 (vinte e quatro) horas disponíveis para cuidar do paciente;

II - ter adequado padrão de higiene e de organização;

III - ser aberto a receber e a acatar orientações da equipe multiprofissional;

IV - ter boa vontade e paciência para cuidar de pessoas acamadas e/ou dependentes de atenção especial; e

V - ter dedicação e capacidade para os cuidados inerentes e necessários ao bem-estar do paciente.

Parágrafo único. O paciente deverá ter tantos cuidadores quantos sejam necessários à assistência por 24 (vinte e quatro) horas diárias.

CAPÍTULO VIII DA DURAÇÃO DA PRESTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR

Art. 29. A admissão no PAD dar-se-á por prazo determinado, predefinido e ficará condicionada à constante avaliação da evolução clínica do paciente.

Parágrafo único. O desligamento do PAD não está condicionado à cura da enfermidade ou da condição patológica subjacente, mas a um quadro clínico estável, cuja complexidade relacione-se a demandas, que, por sua natureza, possam ser atendidas por cuidadores aptos, familiares ou contratados, ou por enfermagem particular.

Art. 30. A admissão inicial no PAD poderá ser autorizada por qualquer prazo não superior a 31 (trinta e um) dias.

Parágrafo único. O prazo de permanência admitirá sucessivas prorrogações,

desde que devidamente fundamentadas.

Seção I

Da Prorrogação da Prestação da Atenção Domiciliar

Art. 31. A prorrogação da admissão no PAD poderá ser requerida por escrito pela empresa prestadora dos serviços de atenção domiciliar, com, no mínimo, 8 (oito) dias úteis de antecedência do fim do prazo previamente autorizado pelo Plan-Assiste.

Art. 32. O procedimento de prorrogação, que contemplará a revisão do caso e a reavaliação clínica, incluirá:

I - a atualização do plano terapêutico individualizado, conforme a evolução clínica no período anterior, que deverá ser enviado ao Plan-Assiste pela empresa pela prestadora dos serviços de atenção domiciliar;

II - novo parecer médico, emitido por perito indicado pelo Plan-Assiste, quanto à manutenção dos critérios de elegibilidade, à modalidade de atenção domiciliar adequada, ao plano terapêutico individualizado atualizado e ao respectivo orçamento; e

III - manifestação emitida pelo Plan-Assiste quanto à prorrogação e ao novo tempo de permanência no PAD, à modalidade de atenção domiciliar adequada e ao orçamento.

§ 1º A prorrogação da prestação do serviço poderá ser deferida mediante reenquadramento em modalidade de maior ou menor complexidade, caso a modificação do quadro clínico do paciente o exija, conforme parecer pericial médico.

§ 2º As prorrogações poderão ser autorizadas pelo prazo máximo de 31 (trinta e um) dias.

Seção II

Do Término na Prestação da Atenção Domiciliar

Art. 33. A prestação dos serviços de atenção domiciliar cessará:

I - quando o paciente se descredenciar do Plan-Assiste;

II - quando ocorrer o óbito do paciente;

III - a pedido do paciente, do responsável legal ou da família;

IV - por indicação do médico assistente;

V - quando a família não colaborar com a equipe multidisciplinar;

VI - quando houver o descumprimento das normas do PAD;

VII - quando o período autorizado expirar, caso não seja prorrogado;

VIII - quando não mais houver, no domicílio do paciente, um familiar ou cuidador responsável pelo tratamento;

IX - quando o paciente estiver com reabilitação funcional ou parcial que possibilite autocuidado e deslocamento às clínicas de reabilitação;

X - quando o quadro clínico do paciente deixar de atender aos critérios de elegibilidade ou se enquadrar nos casos de inelegibilidades do PAD; ou

XI - quando o paciente mudar seu domicílio para outro município, sem prévia comunicação à empresa prestadora de serviços de atenção domiciliar.

Art. 34. O paciente será automaticamente desligado do PAD quando necessitar de internação hospitalar.

Parágrafo único. Para a readmissão no PAD após alta hospitalar, o paciente apenas será submetido a novo processo quando a internação houver perdurado por mais de 10 (dez) dias.

CAPÍTULO IX DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 35. Os casos omissos desta Norma Complementar em relação à execução do PAD serão resolvidos pela Diretoria Executiva Colegiada do Plan-Assiste.

Art. 36. Esta Norma Complementar entra em vigor na data da sua publicação.

ELIANA PERES TORELLY DE CARVALHO
Secretária-Geral do Ministério Público da União
Presidente do Conselho Gestor

(3) PERFIL DA ATENÇÃO DOMICILIAR INDICADA:

3.1. Profissionais envolvidos na equipe:

- () Visita Médica / Frequência: _____
- () Visita de Enfermagem / Frequência: _____
- () Técnico de Enfermagem - () Diurno () Noturno () Período Integral – 24h
- () Visita de Nutricionista / Frequência: _____
- () Fisioterapia Motora () Respiratória / Nº sessões/semana: _____
- () Fonoaudiologia / Nº sessões/semana: _____
- () Outro: _____

3.2. Prescrição médica para domicílio / suporte terapêutico / QC

3.2.1. Medicamentos prescritos em domicílio

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

3.2.2. Dieta

- Oral
- Gastrotomia/Jejunostomia
- SNG/SNE
- Nutrição Parenteral Total

* Se dieta industrializada, especificar aquela prescrita:

3.2.3. Quadro/suporte respiratórios

- Eupneico Períodos de dispneia
- Traqueostomia Intubação orotraqueal
- Respiração Espontânea
- Ventilação Mecânica Não Invasiva _____
- Bipap Contínuo Bipap intermitente
- Cpap terapia
- Ventilação Mecânica Invasiva / Parâmetros para domicílio:

-
- Ar ambiente Oxigenioterapia Intermitente Oxigenioterapia Contínua

Dispositivo: _____ Fluxo: _____

- Concentrador de Oxigênio Cilindro de Oxigênio / Volume _____

Há indicação de monitoração de Sat. O₂ por oximetria? Não Sim

- Aspiração de Vias Aéreas Superiores / Frequência: _____

- Aspiração de Vias Aéreas Inferiores / Frequência: _____

3.2.4. Lesão cutânea / curativos

Há presença de lesões? Sim Não

- Úlcera de Pressão Grau I / Localização(ões): _____

- Úlcera de Pressão Grau II / Localização(ões): _____

- Úlcera de Pressão Grau III / Localização(ões): _____

- Úlcera de Pressão Grau IV / Localização(ões): _____

Tipo de curativo prescrito + frequência de troca:

3.2.5. Quadro / suporte urinários

() Micção espontânea – Há Controle de Esfincter? () Não () Sim

() Cistostomia

() Sonda Vesical de Demora

() Sonda Vesical de Alívio Intermitente / Frequência: _____

Terapia de Substituição Renal? () Não () Sim _____

Distúrbios hidro-eletrolíticos? () Não () Sim _____

3.2.6. Acesso venoso () Não () Periférico () Central

Especificar: _____

3.2.7. Drenos / Cateteres / Sondas () Não () Sim

Especificar: _____

3.2.8. Fístulas / Estomas () Não () Sim

Especificar: _____

3.2.9. Monitoração de glicemia indicada em domicílio? () Não () Sim

Frequência: _____

3.2.10. Infecção

Há foco(s) de infecção? () Não () Sim _____

Resultados de culturas já obtidas: _____

Antibiótico para domicílio? () Não () Sim _____

3.2.11. Quadro neuro-psiquiátrico

3.2.12. Motricidade

() Plegia _____

() Paresia _____

3.2.13. Quadro cardiovascular

Arritmias () Não () Sim _____

Hemodinâmica: () Estável () Instável _____

() Normotenso () Hipertenso () Hipotenso

3.2.14. Quadro gastrointestinal

_____, ____/____/____	Assinatura e Carimbo do Médico Assistente
-----------------------	-------------------------------------------

ANEXO II DA NORMA COMPLEMENTAR Nº 27/2023

TABELA DE AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E PONTUAÇÃO DE COMPLEXIDADE PARA ATENÇÃO DOMICILIAR – PLAN-ASSISTE

(1) IDENTIFICAÇÃO

Avaliação de admissão Avaliação de prorrogação

Data de admissão no PAD	
Modalidade Atual	

Data da Avaliação	
Nome do Beneficiário	
Data de Nascimento	
Idade	
Diagnóstico Principal	
Diagnóstico(s) Secundário (s)	

(2) ELEGIBILIDADE (*critérios preliminares) / INELEGIBILIDADES

	Sim	Não
Há relatório médico assistente indicando serviço de atenção domiciliar?		
O beneficiário é proveniente de internação hospitalar? (*desconsiderar nas avaliações de prorrogação)		
As condições ambientais do domicílio são compatíveis com a prestação do serviço de atenção domiciliar?		
Quadro clínico atual é compatível com serviço de atenção domiciliar?		
Há restrição ao leito ou ao lar; temporária ou definitiva?		
Há anuência da família e do paciente?		
Há familiar responsável? Nome?		

Há cuidador hábil – idade entre 18 e 60 anos; familiar ou contratado pela família – presente 24 horas/dia no domicílio? Nome?		
Beneficiário mora sozinho?		

(2.1) O quadro clínico avaliado enquadra-se nas inelegibilidades previstas na Norma Complementar que regulamenta o PAD? () Não () Sim

“condições clínicas que requeiram exclusivamente enfermagem particular ou cuidador”;

“quadros caracterizados exclusivamente pela exigência de atendimentos domiciliares relacionados à senilidade, como a manutenção dos cuidados básicos com higiene e dieta, mobilização no leito, troca de fraldas, auxílio para mobilização e/ou deambulação, medicação oral ou por sonda e patologias crônicas clinicamente estáveis e acompanhadas ambulatorialmente.”

(3) INSTRUMENTO DE PONTUAÇÃO – GRUPO I + GRUPO II

GRUPO I

	ID – 12h	ID – 24h
Alimentação Parenteral	Até 12h/dia	Mais 12h/dia
Aspiração de Traqueostomia / V.A. Inferior	Até 4x/dia	Mais de 4x/dia
Ventilação Mecânica Invasiva	Até 12h/dia	>12h/dia
Medicação Parenteral Hidratação Venosa / Reposição eletrolítica EV/Hipodermóclise	≥ 2x/dia Hidratação/Eletrólitos EV - contínuos	

TOTAL: _____

*Subsídio para Grupo II:

Escala de avaliação da incapacidade funcional da Cruz Vermelha Espanhola	
Grau 0	Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente
Grau 1	Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
Grau 2	Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
Grau 3	Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitam de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade ajudado por pelo menos uma pessoa.

Grau 4	Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
Grau 5	Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

ESCORE: _____

GRUPO II

Internações nos últimos 12m	0	0-1/ano	1	2-3/ano	2	>3/ano		
Escore Capacidade Funcional CVE	0	0-1	1	2-3	2	4-5		
Eliminações	0	Sem auxílio	1	Com auxílio	2	Sem controle esfíncter	3	Sondagem Vesical
Estado Nutricional	0	Eutrófico	1	Emagrecido	2	Caquético		
Dependente Reabilitação (Fisio/Fono)	0	Independente	1	Dependente				
Alimentação	0	Sem auxílio	1	Assistida	2	Gastrostomia/Jejunostomia	3	SNG/SNE
Lesões/ Curativos	0	Sem / 1 L. Curativo Simples	1	Múltiplos curativos simples OU 1 Curativo Complexo.	2	Múltiplas Lesões com Curativos Complexos		
Nível de Consciência	0	Consciente e Calmo	1	Confusão / Desorientação	2	Comatoso		
Aspirações de Vias Aéreas Superiores	0	Ausente	1	Até 4x/dia	2	Mais de 4x/dia		
Drenos/Cateteres/ Estomias/Sondas (exceto: gastrostomia, jejunostomia, SNE)	0	Ausente	1	Presente				
Medicações	0	Via enteral	1	IM/SC (medicamentos de autoaplicação = excluídos)	2	Intravenosa		

Quadro Clínico	0	Estável	1	Instabilidade Parcial	2	Instável		
Oxigenioterapia	0	Ausente	1	Intermitente	2	Contínuo	3	Ventilação Não Invasiva

TOTAL: _____

Classificação Grupo II:

≥ 16 pontos	ID – 24 Horas
11-15 pontos	ID – 12 Horas
6-10 pontos	Assistência Domiciliar (AsD)
0-6	Inelegível para PAD ou Elegível para proced. Pontuais em AsD; conforme quadro clínico.

(4) CONCLUSÕES FINAIS:

O perito está de acordo com a conclusão objetiva do instrumento de pontuação (grupos I e II)? () Sim () Não

Caso negativo, especificar explicitamente suas conclusões e fundamentá-las a seguir:

_____, ____/____/____	_____ Assinatura(s) e Carimbo(s) do Perito(s)
--------------------------	--------------------------------------------------

ANEXO III DA NORMA COMPLEMENTAR Nº 27/2023

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ADESÃO AO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR (PAD) – PLAN-ASSISTE

Identificação do Beneficiário

Nome: _____ Idade: _____

Número de Matrícula: _____

Responsável: _____

Identidade nº: _____ Grau de parentesco: _____

1) Declaro que opto de livre e espontânea vontade pela continuidade do tratamento em regime domiciliar e que recebi as informações referentes ao programa de atenção domiciliar adotado pelo Plan-Assiste.

2) Assumo o compromisso de participar ativamente no acompanhamento das ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar (EMAD) e no monitoramento da atenção domiciliar que será prestada ao beneficiário.

3) Estou ciente da responsabilidade de indicar um CUIDADOR hábil que deverá permanecer 24h no domicílio e submeter-se a treinamento a ser repassado pela equipe multiprofissional responsável pelo tratamento, capacitando-o para assumir e realizar os cuidados básicos, junto ao beneficiário durante a atenção domiciliar e após possível desligamento do programa.

O cuidador indicado é o Sr.(a) _____, RG n.º _____, CPF n.º _____, _____ (grau de parentesco), que está ciente e de acordo com as incumbências desta indicação.

Haverá um segundo cuidador? Não Sim Se houver, indicar os dados a seguir:

Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Grau de parentesco: _____

4) Declaro ter conhecimento e aceitar as normas definidas pelo Programa de Atenção Domiciliar, notadamente aquelas elencadas a seguir:

5) A admissão e alta dos beneficiários do PAD e suas modalidades obedecem a critérios de elegibilidades e inelegibilidades.

6) A cobertura de itens pelo Plan-Assiste seguirá as regras definidas na norma do PAD.

7) A equipe multidisciplinar (EMAD) da empresa prestadora dos serviços de atenção domiciliar é a responsável pela elaboração e execução do plano terapêutico, de acordo com o quadro clínico do beneficiário. Somente profissionais médicos - médico assistente da empresa prestadora dos serviços de atenção domiciliar ou médico assistente particular responsável pelo acompanhamento regular ambulatorial/domiciliar do beneficiário -, em concurso com os demais profissionais da EMAD, poderão definir a conduta clínica que deverá ser adotada.

8) Em casos de Urgência e Emergência, a família deverá acionar a empresa prestadora de serviços pela central de teleatendimento disponibilizada.

9) A admissão do beneficiário no PAD – Modalidade de Internação Domiciliar **não** tem caráter permanente. A permanência no programa baliza-se pela evolução clínica do beneficiário, a qual será constantemente reavaliada; não estando condicionada à cura da enfermidade ou da condição patológica subjacente, mas a um quadro clínico estável cuja complexidade relacione-se à demanda de cuidados que, por sua natureza, possam ser realizados pela família ou por cuidadores aptos, contratados pelo paciente, pelo responsável legal ou pela família.

10) Situações em que a família deixe de colaborar com a EMAD ou descumpra as normas previstas no programa poderão ensejar o desligamento do beneficiário do PAD.

11) O desligamento do PAD também poderá ocorrer a pedido, por problemas administrativos, por mudança de domicílio, por conta de intercorrências que requeira internação hospitalar ou por óbito.

12) A Família e o Cuidador deverão submeter-se ao treinamento e assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento, de modo a estarem apto(s) à execução dos cuidados quando o quadro clínico do beneficiário fundamentar alta do PAD – Modalidade de Internação Domiciliar.

Por estar de acordo com todos os termos deste documento faço ADESÃO AO PROGRAMA assinam abaixo:

_____, _____ de _____ de 20____.

Beneficiário ou Representante Legal

Responsável pelo PAD

Testemunha