



ANEXO I
ESPECIFICAÇÃO DAS CONDIÇÕES COMERCIAIS, PRECIFICAÇÃO e SEUS CONCEITOS

1. Este documento discrimina as conceituações necessárias dos serviços na área de saúde, objeto do credenciamento de pessoas jurídicas especializadas na área de saúde para prestação de serviços, nos processos de desospitalização de pacientes/beneficiários internados destinados para atenção domiciliar na modalidade de internação domiciliar (HOME CARE).

1.1 As empresas credenciadas para o atendimento domiciliar devem oferecer os seguintes serviços de apoio: central de atendimento operante 24 horas/dia para gerenciamento dos casos, equipe médica e de enfermagem em plantão alcançável 24 horas/dias, 7 dias por semana e, treinamento sistematizado de um familiar para assumir o papel de cuidador.

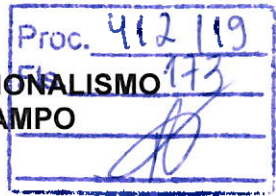
2. PACOTES DE PROCEDIMENTOS E DEMAIS SERVIÇOS EM GERAL:

TIPOS DE PACOTE		VALOR EM REAIS / POR DIA		
PACOTE BAIXA COMPLEXIDADE – 6 HORAS		R\$ 355,22		
PACOTE MÉDIA COMPLEXIDADE – 12 HORAS		R\$ 576,49		
PACOTE ALTA COMPLEXIDADE sem VM- Ventilação Mecânica – 24 HORAS		R\$ 975,11		
PACOTE ALTA COMPLEXIDADE com VM- Ventilação Mecânica – 24 HORAS		R\$ 1.319,48		
EQUIPE POR TIPO DE COMPLEXIDADE x PERIODICIDADE				
ITEM	Alta complexidade com VM(*)	Alta complexidade sem VM(*)	Média complexidade	Baixa complexidade
Enfermagem técnica	24h	24h	12h	6h
Supervisão enfermeiro	3x semana	3x semana	2x semana	1x semana
Visita médica	2x semana	2x semana	1x semana	2x mês
Fisioterapia respiratória	2x dia	7x semana	5x semana	3x semana
Fisioterapia motora	2x dia	7x semana	5x semana	3x semana
Psicologia	2x semana	2x semana	2x semana	2x semana
Fonoterapia	5x semana	3x semana	2x semana	2x semana
Assistente social	1x semana	1x semana	1x semana	1x semana
Nutricionista	1x semana	1x semana	2x mês	2x mês

Ronaldo
AP



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO



COMPOSIÇÃO DOS PACOTES DE DIÁRIAS GLOBAIS por TIPO DE COMPLEXIDADE (ITENS INCLUSOS)	
BAIXA COMPLEXIDADE	Equipe Médica e Multidisciplinar, terapias complementares em conformidade com o tipo de complexidade (vide quadro quantitativo x periodicidade por serviço)
MÉDIA COMPLEXIDADE	Mobiliário compatível com o tipo de complexidade tais como: cama hospitalar mecânica, colchão, escada para cama hospitalar, cadeira higiênica, cadeira de rodas.
ALTA COMPLEXIDADE <u>sem</u> VM (*Ventilação Mecânica)	Equipamentos Básicos compatível com o tipo de complexidade tais como: suporte de soro, inalador, aspirador de secreção, nebulizador, bomba de infusão, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, eletrocardiógrafo, e equipamentos para controle de sinais vitais (esfigmomanômetro, estetoscópio e termômetro), CPA, papagaio ou comadre, poltrona ortopédica, armário operacional, e todas as taxas e aluguéis. Materiais e Medicamentos de acordo com o score de classificação NEAD e ABEMID Dietas Industrializadas, seguindo a prescrição médica e para os primeiros 15(quinze) dias imediatos a implantação do serviço Curativos (úlceras de pressão grau I, II e III conforme a classificação de National Pressure Ulcer Advisory Panel – NPUAP), Coleta de Exames laboratoriais simples devem ser solicitados via IMASF EM CASA. Materiais para atendimento de emergência em stand by tais como mala de emergência, desfibrilador, mala de atendimento respiratório (ambu com máscara, laringoscópio e canula de guedel) e cilindro pequeno de oxigênio com válvula de aspiração. Manutenção preventiva dos equipamentos instalados.
ALTA COMPLEXIDADE <u>com</u> VM (*Ventilação Mecânica)	<i>TODOS OS DESCRITOS ACIMA</i> acrescidos de: suporte ventilatório com respirador (volumétrico ou de pressão, oxigenoterapia em qualquer volume, concentrador de O ² , baterias, cilindro de backup, base de umidificação aquecida com bandeja, máscara facial, circuito para ventilador e nobreak. Manutenção preventiva dos equipamentos instalados.
ITENS NÃO PRECONIZADOS NA INTERNAÇÃO DOMICILIAR	
BAIXA COMPLEXIDADE	Medicamentos de uso contínuo (via oral, tópico e inalatório)
MÉDIA COMPLEXIDADE	Albumina humana e hemoderivados, antibióticos de última geração, quimioterápicos e imunossupressores
ALTA COMPLEXIDADE <u>sem</u> VM(Ventilação Mecânica)	Materiais de Higiene Pessoal tais como, cremes hidratantes, fraldas descartáveis, dersenis, etc
ALTA COMPLEXIDADE <u>com</u> VM(Ventilação Mecânica)	Dietas Industrializadas a partir do 16º dia da implantação do serviço de atendimento domiciliar (A Nutricionista, é responsável pelo preenchimento de formulário padrão da Secretaria Estadual da Saúde e promoverá a orientação ao familiar para a retirada do produto diretamente na Secretaria).

Renaldo
[Signature]



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Proc. 912/19
FINALISMO 174

SERVIÇOS PROFISSIONAIS EXTRAS	
DESCRIÇÃO	VALOR RS
Médico	RS 292,50
Enfermagem	RS 117,50
Fisioterapeuta	RS 77,00
Psicologia	RS 102,50
Fonoterapia	RS 97,00
Nutricionista	RS 83,75
REMOÇÕES TERRESTRES	
DESCRIÇÃO	VALOR RS
Remoção SIMPLES (ida)	RS 330,00
Remoção SIMPLES (ida e volta)	RS 620,00
Remoção UTI (ida)	RS 944,00
Remoção UTI (ida e volta)	RS 1.730,00
TABELAS – MATERIAIS, MEDICAMENTOS E DIETAS INDUSTRIALIZADAS	
Referências	Bases de Preços
MATERIAIS Descartáveis	Tabela SIMPRO _com deflator de 35%
MEDICAMENTOS_DE USO COMUM	Tabela BRASINDICE – PMC_com Deflator de 28%
MEDICAMENTOS_DE USO RESTRITO HOSPITALAR	Tabela BRASINDICE – PF_com acréscimo de 10%
Dieta Industrializada (ENTERAL/PARENTERAL)	Tabela BRASINDICE / SIMPRO_com deflator de 50%



ANEXO II
TERMO DE REFERÊNCIA

O Credenciamento, está circunscrito no município de São Bernardo do Campo, Região Metropolitana de São Paulo e Grande São Paulo, para a prestação de serviços especializados na área de saúde, na modalidade de internação domiciliar (HOME CARE) aos beneficiários do IMASF inscritos em planos individuais da Autarquia, sem o caráter de exclusividade, discriminados e remunerados conforme Quadros de Preços, na forma do ANEXO I.

A Internação Domiciliar IMASF é a modalidade de atendimento temporário aplicada em paciente que necessite da continuidade de cuidados técnicos, após a alta da instituição hospitalar para o domicílio, sob auditoria permanente. É considerada uma etapa intermediária entre a alta hospitalar e a alta definitiva.

O objetivo é a restauração da saúde de beneficiário portador de morbidades, elegível ao Programa Domiciliar, de forma a oferecer atendimento que permita o desenvolvimento e adaptação de suas funções, reestabelecimento de sua independência e/ou preservação de sua autonomia de vida, quando clinicamente possível.

As atividades de atendimento domiciliar do Programa (PAD(*)-IMASF) incluem, exclusivamente, àquelas relativas aos tratamentos de saúde reconhecidos pelas sociedades ou entidades de classe profissional e que estejam contempladas no Rol cobertura IMASF regulamentadas pela RDC/ANVISA Nº 11 de 26 de Janeiro de 2006 , e Resolução/CFM 1668, de 07/05/2003.

(*) PAD - Plano de Atenção Domiciliar ou Plano Terapêutico é um documento que deverá completar o conjunto de medidas terapêuticas, e seus objetivos, que serão realizadas por determinado período de atenção domiciliar de forma a orientar a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta ou indireta na assistência ao paciente em seu domicílio. Esse documento deverá ser revisto periodicamente podendo ser mantido ou alterado conforme a evolução da condição clínica do assistido, respeitando A RDC/ANVISA Nº 11, itens 4.9, 4.10, 4.11 e 4.12 que estabelece as informações mínimas que deverão estar contidas nesse documento.

O grau de complexidade (alta, média, baixa) no qual o paciente estiver enquadrado, segue o Anexo VI que irá definir o tipo de diária global/pacote, onde está preestabelecido a periodicidade das visitas médicas, enfermagem e equipes multidisciplinares a serem fornecidos pela empresa prestadora de serviços de internação domiciliar conforme descrito no ANEXO I, devidamente validado pelo IMASF.

Entende-se por: ID – Internação Domiciliar

a) ID - Alta Complexidade - utiliza-se de tecnologia hospitalar compatível com o ambiente domiciliar, exceto os níveis de intervenção que caracterizem procedimentos inerentes ao âmbito hospitalar. (24 horas de enfermagem);

Ronaldo

Ronaldo



**INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

Proc.	412/19
Fis.	176
	<i>[Signature]</i>

b) ID - Média Complexidade - paciente com quadro clínico que não necessite de ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitorização contínua, assistência de enfermagem intensiva, aplicação contínua ou complexa de medicamentos. (12 horas de enfermagem).

c) ID – Baixa Complexidade – paciente necessita de cuidados médicos e de enfermagem por conta de demandas de enfermagem, requerendo a permanência de profissionais por pelo menos seis horas diárias na casa do paciente. (06 horas de enfermagem).

1 – REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS:

1.1 - A credenciada deverá seguir o estabelecido pela Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam atenção domiciliar, dispondo de:

a) Profissional(ais) ENFERMEIRO, cabendo a esse (es) o que dispõe a Lei nº 7498, de 25 de Junho de 1986, e a Resolução COFEN nº 0464/2014.

a.1) Além da orientação, avaliação e supervisão da assistência de enfermagem, caberá a esse (es) profissional(is), sempre que houver necessidade, a passagem e troca de cateteres, e demais dispositivos, além de avaliação de lesões, execução de curativos complexos e debridamento de feridas;

b) Dispor profissionais Médico, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo e Nutricionista técnicos especializados, devidamente registrados em suas entidades de Classe, com experiência em cuidados domiciliares, devido às especificidades relativas à logística e intervenções que o atendimento extra hospitalar requer;

c) Dispor de Central de Atendimento 24 horas / 7 dias por semana, com médico e enfermeiro na retaguarda, garantindo suporte técnico e logístico, conforme Art. 8º da resolução do Conselho Federal de Medicina – Resolução CFM nº 1.668/2003.

d) Dispor de todos os equipamentos básicos para a assistência à saúde (ex.: esfigmomanômetro, estetoscópio e termômetro), em perfeitas condições de uso. Em caso de avaria, substituir em 24 horas;

e) Dispor dos Equipamentos de Proteção Individual – EPI de uso obrigatório, (luvas de procedimentos, máscaras, gorros e aventais), em quantidades suficientes para o atendimento do paciente;

2 – DA INDICAÇÃO E AVALIAÇÃO PARA INICIO DOS SERVIÇOS

2.1 – Visando o cumprimento de atendimento é de responsabilidade da Seção Médica e Auditores do IMASF a indicação do beneficiário para internação domiciliar, e por sua vez, autorizará por escrito a CREDENCIADA para que essa possa realizar a visita ao beneficiário para análise e avaliação do grau complexidade para a prestação dos serviços de Home Care, respeitando os enquadramentos dispostos nos Anexos do Instrumento Convocatório.

[Signature: Ronaldo]
[Signature]



2.1.1.2 – Não será permitido, sob nenhuma hipótese visitas ou abordagens da CREDENCIADA ao beneficiário ou a seus familiares, sem a expressa autorização do IMASF, sendo que tal conduta será considerada infração grave, com possibilidade de Descredenciamento e/ ou Rescisão Contratual.

2.1.2 – Realizada a análise e avaliação, determinada o grau de complexidade (Alta, média ou baixa) a CREDENCIADA deverá apresentar um Plano de Atenção Domiciliar (PAD) através de um relatório completo, onde deverão constar:

- a) Tabela de classificação ABEMID e NEAD, que consta no ANEXO VI
- b) Dados do paciente: - nome completo - número da matrícula - data de nascimento - sexo - endereço completo com ponto de referência - telefone fixo e móvel;
- c) Nome do responsável e cuidador;
- d) Nome do médico assistente com CRM;
- e) Diagnóstico;
- f) Hospital de origem;
- g) Avaliação de condições de moradia do paciente;
- h) Data de admissão no home care;
- i) Evolução Clínica;
- j) Plano de Internação Domiciliar contemplando os recursos profissionais envolvidos e protocolo de visitas; recursos materiais, medicamentos, mobiliários e equipamentos envolvidos;
- l) Tempo previsto para tratamento;
- m) Indicar o seu representante técnico envolvido no atendimento do paciente, para que haja como preposto em reuniões periódicas com a Diretoria Assistencial IMASF;

2.2 – Uma vez devidamente autorizada a CREDENCIADA, pela Seção Médica e Auditores do IMASF, a iniciar os serviços, a mesma compromete-se a fornecer ou disponibilizar:

- a) Manual geral de orientação ao paciente de internação domiciliar;
- b) Detalhamento através de relatório do Plano de Atenção Domiciliar do paciente, com descrição dos procedimentos realizados, assim como a avaliação dos casos que necessitam de prorrogação de atendimento;
- c) Identificação do Cuidador efetivo (familiar ou contratado pela família);
- d) Treinamento específico do Cuidador (familiar ou contratado pela família), sempre que necessário, durante a prestação dos serviços.

3 – DOS SERVIÇOS E OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

3.1 - Elaborar e implementar um Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Eventos Adversos (PCPIEA), considerando a Lei 9471/97;

3.2 - Anexar relatório médico com justificativa clínica em até 72 horas após o atendimento;

Ronaldo
fls
des



**INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

Proc.	412/19
Fis.	178

3.3 - Realizar e disponibilizar mensalmente registro online de eventos assistenciais, ou digitalizar registro físico destes em igual período, desde que haja disponibilidade online, e em caso de intercorrência, quando solicitados pelo IMASF. Esses registros devem ser imediatamente disponibilizados para o Grupo do IMASF EM CASA, com as seguintes características:

3.4 - Escala e frequência dos profissionais envolvidos (Escala de Plantão de Fim de semana), relatório dos serviços prestados, plano terapêutico, evolução clínica descrita por cada profissional envolvido na assistência, lista de insumos, medicamentos e equipamentos utilizados (se houver), solicitação de atendimento complementar e outros pertinentes a cada assistência;

3.5 - Durante a execução dos serviços, a empresa deverá elaborar os documentos abaixo relacionados e enviá-los conforme orientação da IMASF:

- a) Relação de profissionais que prestarão assistência ao paciente, (escala de plantão).
- b) Para reavaliação: Encaminhar no final do contrato relatórios dos profissionais de saúde que atendem os pacientes (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e outro especialista quando necessário), contendo avaliação circunstanciada que demonstre atual situação clínica do paciente. Esses relatórios devem seguir a padronização do IMASF;
- c) Encaminhar no final da prestação dos serviços o prontuário domiciliar do atendimento contendo: Registros e anotações dos técnicos de enfermagem com identificação do paciente, data e horário dos procedimentos, assinados e com carimbo contendo registro no Conselho de Classe, o Formulário de evolução multiprofissional deverá ser ÚNICO para todos os profissionais contratados de nível superior. O Formulário deverá conter: nome do paciente, preenchido em ordem cronológica de forma sucinta e carimbo do profissional com registro no seu órgão de classe;

3.6 - Os serviços deverão ser prestados conforme o disposto na Resolução do Conselho Regional de Medicina – Resolução CFM nº 1.668/2003, compreendendo no mínimo, os seguintes serviços:

- a) Todo serviço referente ao cuidado de higiene pessoal , contemplando: banhos diários, troca de fraldas, deslocamento de leito, e quaisquer outros que se fizerem necessários ao bem estar do paciente, será realizado apenas como auxílio do cuidador efetivo (familiar ou contratado pela família);
- b) O serviço de administração de medicação diária, conforme prescrição médica e medicação via oral/sonda deverá ser preparada pelo profissional de enfermagem, sendo respeitadas as normas de segurança (medicação, dosagem, via, horário) identificadas pela profissional que administrará, ou seja, não serão administrados pela enfermagem medicamentos que familiares/cuidadores tenham separado ou preparado.
- c- Auxílio na alimentação do paciente;
- d- Realização de curativos;
- e- O profissional de enfermagem tem respaldo para o atendimento em ambiente domiciliar, não podendo acompanhá-lo fora da residência, de forma eletiva, sem a prévia autorização do IMASF;
- f- Coleta e tratamento de resíduos hospitalares, se necessário;

Ronaldo

[Assinatura]



**INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**

Proc. 412/19
Fis. 779
<i>[Handwritten signature]</i>

g- Garantir a implantação das normas e rotinas de limpeza e desinfecção de artigos, superfícies e equipamentos utilizados diretamente na assistência ao paciente, excetuando-se a limpeza do ambiente (ex.: varrer, passar pano no chão, lavar ambiente - banheiro/quarto)

h- Acompanhamento à passeios diários com cadeira de rodas ou andador, se o paciente tiver indicação médica; O profissional poderá acompanhar o paciente nas atividades acima descritas desde que realizadas dentro do ambiente domiciliar, não ficando o profissional de enfermagem responsável por atividades realizadas fora do ambiente domiciliar. Cabendo esta responsabilidade ao cuidador efetivo (familiar ou contratado pela família);

i- Manter um prontuário domiciliar com o registro de todas as atividades realizadas durante a atenção direta ao paciente.

j- As atividades realizadas com o paciente são descritas diariamente em prontuário físico que ficam na residência, durante o período de atendimento;

l- O prontuário deverá conter todo o histórico do atendimento desde a indicação até a alta ou óbito do paciente, bem como, sua identificação, prescrição e evolução, fluxo de atendimento de urgência e emergência, telefones de atendimento para urgências e emergências e contatos para chamados.

m- O prontuário deve ser preenchido com letra legível e assinado por todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente. Após a alta ou óbito do paciente o prontuário deverá ser enviado ao IMASF para arquivo, conforme legislação vigente.

n- A Contratada deverá garantir o fornecimento de cópia integral do prontuário quando solicitado pelo paciente ou pelos responsáveis legais.

o- Fornecer aos familiares do paciente e/ou cuidador orientações verbais e escritas, em linguagem clara, sobre a assistência a ser prestada, desde a admissão até a alta.

p- Relatórios encaminhados ao IMASF, conforme período de vigência do atendimento;

q- Fica reservado o direito ao IMASF- Instituto de Assistência à Saúde do Funcionalismo, o envio "in loco" de profissional médico para avaliar, através de relatório à ser entregue pelo mesmo junto a Seção Médica, sobre a necessidade de continuidade na prestação dos serviços.

q.1- A visita para avaliação do profissional citado na letra "q" desta Cláusula, também poderá ser realizada a critério do profissional, ou em atendimentos Administrativos e/ou Jurídicos.

3.7 – Quaisquer modificações ou providências necessárias à adequação dos serviços, para suprir falhas, omissões, urgência e emergência, deverão ser solicitadas e justificadas até 72 horas ao Diretoria Assistencial do IMASF, para que sejam autorizadas pela equipe técnica;

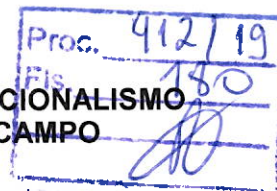
4- LOCAL DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO



A Credenciada executará os serviços no domicílio dos pacientes, no âmbito da Cidade de São Bernardo do Campo, Região Metropolitana de São Paulo ou Grande São Paulo.

ANEXO III
TABELAS DE CLASSIFICAÇÃO DE GRAU DE COMPLEXIDADE
(ABEMID e NEAD)

TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID

Realizada em ___/___/___



Nome do Paciente:		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento - 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento - 12 h:	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento - 06 h:	
Diagnóstico Principal:		
Diagnóstico Secundário:		
Descrição	Item de Avaliação	Pontos atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.	3
	Acesso Venoso Prof. Contínuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Contínuo	5
Dialise Domiciliar	5	
Quimioterapia	Oral	1
	Sub-Cutânea	3
	Intra Venosa	5
	Intra Tecal	5
Suporte Ventilatório	O2 Intermitente	2
	O2 Contínuo	3
	Ventilação Mec. Intermitente	4
	Ventilação Mecânica Contínua	5
Lesão Vascular/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
	Úlcera de Pressão Grau IV	5
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Independente	0
	Semi-Dependente	2
	Dependente Total	5
Dependência de Reabilitação Físio / Fono / Etc. Sessões Diárias	Independente	0
	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Ileo	3
	Nutrição Parenteral Total	5
Classificação dos Pacientes		TOTAL
Inferior a 07 pontos	Paciente não elegível para Internação Domiciliar	
De 08 a 12 pontos	Baixa Complexidade	
De 13 a 18 pontos	Média Complexidade	
Acima de 19 pontos	Alta Complexidade	
Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade		
Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade		
Obs. A migração acima referida, ocorre independente das pontuações totais obtidas		
Assinatura e carimbo:		Data:

Handwritten signatures and initials in blue ink.



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Proc. 412/19
Fls. 183

 TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID 	
Eletuada em ____/____/____	
OBSERVAÇÕES:	
I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária:	
1- Entende-se por paciente independente aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem treinado	
2- Entende-se por parcialmente dependente, aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo: a) Somente mobiliza-se do leito com ajuda de terceiros. b) Apresenta nível de consciência com confusão mental. c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente. d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários.	
3- Entende-se por totalmente dependente, aquele que: a) apresenta-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com 3 ou mais intervenções diárias b) apresenta-se inconsciente/comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado a necessidade de algum dos suportes terapêuticos: cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar. c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo. d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P. O.	
II) Quanto a Classificação:	
a) Se o somatório de pontos obtidos for menor ou igual a 07 pontos, o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar; b) Se o somatório de pontos obtidos for de 08 a 12 pontos, o paciente será considerado de Baixa Complexidade; c) Se o somatório de pontos obtidos for de 13 a 18 pontos, o paciente será considerado de Média Complexidade; d) Se o somatório de pontos obtidos for igual ou superior a 19 pontos, o paciente será considerado de Alta Complexidade; e) Ao obter 01 pontuação 5, o paciente migra automaticamente para Média Complexidade; f) Ao obter 02 ou mais pontuações 5, o paciente migra automaticamente para Alta Complexidade, independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas).	
Obs.: 1 - Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados a coluna SUPORTE TERAPÊUTICO, os pontos NÃO se somam, SEMPRE prevalecendo o item de MAIOR pontuação em decorrência da maior COMPLEXIDADE	
Obs.: 2 - Entende-se por DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 24h	
Obs.: 3 - Entende-se por DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 12h	

Ronaldo

Alto



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Proc. 412/19
Fls. 182
[Signature]

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



Data da Avaliação: ___/___/___
 Nome do Paciente: _____
 Matrícula: _____ Idade: _____ Convênio: _____
 Diagnóstico Principal: _____
 Diagnóstico Secundário: _____
 Médico Assistente: _____ C.R.M.: _____

GRUPO 1 – ELEGIBILIDADE				
ELEGIBILIDADE AO ATENDIMENTO DOMICILIAR			SI	NÃO
Apresenta cuidador em período integral?				
O domicílio é livre de risco?				
Existe algum impedimento para se deslocar até a rede credenciada?				
Se responder "NÃO" a qualquer uma das questões acima, considerar contraindicar Atenção Domiciliar.				
GRUPO 2 – CRITÉRIOS PARA INDICAÇÃO IMEDIATA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR				
	PERFIL DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR			
	24 HORAS	12 HORAS	ATENDEMENTO DOMICILIAR / OUTROS PROGRAMAS	
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia	Não utiliza	
ASPIRAÇÃO DE TRÁQUEOSTOMIA / VIAS AÉREAS INFERIORES	Mais de 5 vezes/dia	Até 5 vezes/dia	Não utiliza	
VENTILAÇÃO MECÂNICA CONTÍNUA INVASIVA OU NÃO	Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia	Não utiliza	
MEDICAÇÃO PARENTERAL OU HIPODERMÓCLISE	Mais de 4 vezes/dia		Até 4 vezes/dia	
Para indicação de Planejamento de Atenção Domiciliar (P.A.D.), considerar a maior complexidade assinalada, ainda que uma única vez.				
GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR				
ESTADO NUTRICIONAL	0 EUTRÓFICO	1 SOBREPESO/EMAGRECIDO	2 ORESO/DESNUTRIDO	
ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL	0 SEMAUXÍLIO	1 ASSISTIDA	2 GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA	3 POR SNG/SNE*
SAÚDE** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)	0 INDEPENDENTE	1 DEPENDENTE PARCIAL	2 DEPENDENTE TOTAL	
INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO	0 0 - 1 INTERNAÇÃO	1 2 - 3 INTERNAÇÕES	2 > 3 INTERNAÇÕES	
ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES	0 AUSENTE	1 ATÉ 5 VEZES AO DIA	2 MAIS DE 5 VEZES AO DIA	
LESÕES	0 NENHUMA OU LESÃO ÚNICA COM CURATIVO SIMPLES	1 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS SIMPLES OU ÚNICA LESÃO COM CURATIVO COMPLEXO	2 MÚLTIPLAS LESÕES COM CURATIVOS COMPLEXOS	
MEDICAÇÕES	0 VIA ENTERAL	1 INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA***	2 INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE	
EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE		
USO DE OXIGENOTERAPIA	0 AUSENTE	1 INTERMITENTE	2 CONTÍNUO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	0 ALERTA	1 CONFUSO/DESORIENTADO	2 COMATOSO	
				PONTUAÇÃO FINAL:
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE				
Até 5 Pontos	Considerar procedimentos pontuais e/ou exclusivos dos outros programas: () Curativos () Medicções Parenterais () Outros Programas		De 12 a 17 Pontos	Considerar Internação Domiciliar 12h
De 6 a 11 Pontos	Considerar Atendimento Domiciliar Multi-profissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)		18 ou mais Pontos	Considerar Internação Domiciliar 24h

* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica
 ** Consulte ESCORE BARTZ no verso
 *** Exclui medicamentos de aplicação como insulinas e alguns anticoagulantes

[Signature]



TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR



ESCORE DE KATZ		
ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA 1 PONTO <small>(sem supervisão, orientação ou assistência parcial)</small>	DEPENDÊNCIA 0 PONTO <small>(com supervisão, orientação ou assistência parcial ou cuidado integral)</small>
BANHAR-SE	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NÃO NECESSITA DE AJÚDIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GÊNITAS OU UMA EXTREMIDADE INCAPACITADA.	NECESSITA DE AJUDA PARA BANHAR-SE EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO, ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO OU BANHEIRA OU REQUER ASSISTÊNCIA TOTAL NO BANHO.
VESTIR-SE	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E ONTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.	NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.
IR AO BANHEIRO	DIRETE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ABRINDO SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GÊNITAS EM AJUDA.	NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USAR URINOL OU COMADRE.
TRANSFERÊNCIA	SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU Cadeira SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACETÁVEIS.	NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU Cadeira.
CONTINÊNCIA	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINÁRIAS E VACIAIS).	É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.
ALIMENTAÇÃO	LEVA A COMIDA DO PRATO À BOCA SEM AJUDA. PREPARAÇÃO DA COMIDA PODE SER FEITA POR OUTRA PESSOA.	NECESSITA DE AJUDA PARCIAL OU TOTAL COM A ALIMENTAÇÃO OU REQUER ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.

PONTUAÇÃO KATZ:

CLASSIFICAÇÃO KATZ					
5 ou 6	INDEPENDENTE	3 ou 4	DEPENDÊNCIA PARCIAL	1 ou 2	DEPENDENTE TOTAL

Assinatura e Carimbo	Data
----------------------	------

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Grupo 1 - Elegibilidade

- Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer esta função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), discordando para pacientes independentes.
- Identificação de risco no domicílio: infraestrutura adequada, com rede elétrica, saneamento básico, local para armazenamento de insumos, acesso da equipe ao domicílio, facilidade de deslocamento dentro do mesmo e acesso ao paciente em situações de emergência.
- Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os procedimentos de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste planejamento.

Grupo 2 - Critérios para indicação imediata de Internação Domiciliar

- Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo indicativa, contemplada uma sugestão de Planejamento de Atenção Domiciliar (PAD) em 12 horas ou 24 horas de internação, conforme a complexidade clínica do paciente.

Grupo 3 - Critérios de Apoio para indicação de PAD.

- Este grupo reúne critérios de apoio para indicação de PAD. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação

atribuída a cada item segue o seguinte critério:

- Zero - nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
 - 1 ponto - dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos a/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou subcutânea.
 - 2 ou 3 pontos - dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos a/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermoclise.
- Na maioria dos casos em que uma internação domiciliar tiver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de PAD (12 ou 24 horas de internação) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.
 - No grupo 2, nos casos em que uma internação domiciliar não tenha sido imediatamente indicada pelo perfil definido, prosseguir para o Grupo 3 para indicar outras modalidades de atenção, que sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo nestes programas de atenção à saúde.
 - A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita a contento pelos indicadores do Grupo 3. Em todos os casos, o documento deve ser preenchido até o final. No caso de divergência entre as indicações dos dois grupos, deverá prevalecer aquela de maior complexidade, visando a maior segurança do paciente.

[Signature]