



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



RESOLUÇÃO Nº 21- COL/PAS/UFMS, DE 16 DE JULHO DE 2021.

Aprova as Normas para o Atendimento Domiciliar do Programa de Assistência à Saúde da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (PAS/UFMS).

O COLEGIADO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, instituído por meio da Portaria nº 323-RTR/UFMS, de 23 de abril de 2021, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista o disposto na Resolução Normativa nº 259, de 17 de junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde (ANS), e considerando o contido no Processo nº 23104.019505/2021-18, resolve:

Art. 1º Aprovar as Normas para o Atendimento Domiciliar aos beneficiários do Programa de Assistência à Saúde da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 2º Para efeitos desta Resolução considera-se:

I - atendimento domiciliar: nome genérico dado a qualquer serviço de saúde realizado no domicílio do paciente por profissional habilitado (Núcleo de Empresas de Atenção Domiciliar, 2006);

II - familiar: pessoa com ligação direta ao beneficiário que deve decidir e responder pelas ações administrativas e autorizações operacionais durante o Atendimento Domiciliar, além garantir boas condições do ambiente em que o beneficiário está inserido; e

III - cuidador: pessoa, com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá estar presente no atendimento domiciliar.

CAPÍTULO II

DAS CONSIDERAÇÕES GERAIS

Art. 3º A finalidade do atendimento domiciliar (AD) é prestar assistência aos beneficiários pós internados, com necessidade de continuidade de cuidados ambulatoriais iniciados na internação, com o propósito de recuperar sua saúde ou minimizar os efeitos de doenças e incapacidades temporárias.

Art. 4º Somente são elegíveis para o atendimento domiciliar beneficiários pós-internados, que requeiram cuidados com menor frequência, pois este tipo de atendimento prevê a desospitalização e não o atendimento para pacientes crônicos.

Art. 5º Os serviços oferecidos serão realizados por empresas credenciadas ao PAS/UFMS com profissionais treinados e capacitados para o atendimento domiciliar.

Art. 6º Cumpre assinalar que a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, não inclui assistência à saúde no ambiente domiciliar entre as coberturas obrigatórias pelos planos de saúde.



Art. 7º O tempo para análise da solicitação será de até quarenta e oito horas.

CAPÍTULO III DA ELEGIBILIDADE

Art. 8º São requisitos considerados elegíveis para a concessão da prestação de serviço de Atendimento Domiciliar (AD):

I - a inclusão no serviço de AD do PAS/UFMS está condicionada à análise do caso apresentado do ponto de vista clínico e social, com o objetivo de identificar se o mesmo se enquadra nos critérios e finalidades do serviço oferecido;

II - solicitação do médico (relatório detalhado com informações sobre diagnóstico, prognóstico, tipo de serviço necessário e previsão de atendimento) modelo conforme Anexo I desta Norma;

III - diagnóstico definido e quadro clínico estável;

IV - drástica limitação temporária de locomoção do beneficiário;

V - termo de ciência assinado pelo beneficiário ou responsável legal, na forma do Anexo II desta Resolução; e

VI - designação de um cuidador pela família.

CAPÍTULO IV DAS COBERTURAS

Art. 9º São classificados como serviços coberto pelo Atendimento Domiciliar (AD):

I - aluguel de equipamento de oxigênio (até o limite de trinta dias/ano):

a) do 1º ao 30º dia - custeado integralmente PAS/UFMS; e

b) a partir do 31º dia - custeado integralmente pelo titular conforme valor da tabela PAS/UFMS, e pagos diretamente ao prestador.

II - Fisioterapia (até o limite de 60 sessões/ano);

a) da 1ª a 30ª sessão - custeado integral PAS/UFMS;

b) da 31ª a 60ª sessão - cinquenta por cento do valor custeado pelo PAS/UFMS e cinquenta por cento custeado beneficiário; e

c) a partir da 61ª sessão – custeada integralmente pelo titular conforme valor da tabela PAS/UFMS, e pagos diretamente ao prestador.

III - Fonoaudiologia (até o limite de 30 sessões/ano);

a) da 1ª a 30ª sessão - custeado integral PAS/UFMS;

b) a partir da 31ª sessão - custeada integralmente pelo titular conforma valor de tabela PAS/UFMS, e pagos diretamente ao prestador.

IV - Acompanhamento Nutricional (até o limite de doze consultas/ano);

a) somente para casos de uso de sonda enteral e/ou gastrostomia;

b) doze consultas custeados pelo PAS/UFMS;

c) a partir da 13ª consulta, custeada integralmente pelo titular conforme valor de tabela PAS/UFMS, e pagos diretamente ao prestador.



CAPÍTULO V

DOS SERVIÇOS NÃO COBERTOS

Art. 10. Não estão cobertos no rol de Atendimento Domiciliar:

I - cuidadores e serviços de enfermagem (aplicação de injeções, vacinas e medicação intramuscular ou endovenosa);

II - fornecimento de materiais como curativos industrializados, fraldas, cadeira de rodas, cadeira de banho, maca, cama tipo hospitalar, colchão de ar, colchão tipo casca de ovo, suporte de soro, equipamentos, monitores, seringas, agulhas, gases, luvas descartáveis ou estéreis, máscaras descartáveis ou estéreis, aparelho para medir glicemia capilar, tiras ou fitas de glicemia capilar, meias de compressão, perneira pneumática, comadre, papagaio, inaladores, bombas de infusão e de dieta, caixa de emergência, produtos de higiene e conforto, coxins, aparelho de pressão, aparelho para medir saturação de oxigênio, termômetro, estetoscópio, respirador;

III - aquisição de cilindro de oxigênio;

IV - qualquer tipo de aparelho para uso pessoal e por tempo indeterminado (órteses tipo tala, munhequeira, botas tipo robofoot);

V - aparelho para apneia do sono;

VI - consultas e acompanhamento médico domiciliar; e

VII - dietas em geral incluindo as industrializadas.

CAPÍTULO VI

DA INTERRUÇÃO DO ATENDIMENTO

Art. 11. São causas de interrupção do Atendimento Domiciliar:

I - nova internação hospitalar;

II - término do prazo previamente estabelecido;

III - exclusão do beneficiário no PAS/UFMS;

IV - mudança de endereço sem a previa comunicação aos PAS/UFMS;

V - três visitas profissionais sem atendimento por motivo vil; ou

VI - óbito.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12. Auditores do PAS/UFMS poderão realizar visitas domiciliares para avaliação e acompanhamento do caso.

Art. 13. Os dias de atendimento serão contados de forma cumulativa até o limite máximo estabelecido anualmente.

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pelo Colegiado do PAS/UFMS.

Art. 15. Fica revogada a Resolução nº 18, de 30 de junho de 2021.

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor em 2 de agosto de 2021.



SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA,
Presidente.

ANEXO I – FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO DOMICILIAR PAS-UFMS
(Resolução nº 21-COL/PAS/UFMS, de 16 de julho de 2021.)

Caro (a) Doutor (a),

Para o planejamento da continuidade do cuidado após a alta hospitalar, devemos considerar as diversas modalidades disponíveis para suporte ao paciente em seu domicílio. Este formulário deve ser preenchido para casos que tenham necessidade de suporte técnico no ambiente domiciliar.

É importante reforçar que este não é serviço de **home care**.

Cuidados básicos e suporte às atividades de vida diária (higiene, mobilização e alimentação por via oral ou enteral) não elegem o paciente para Atenção Domiciliar.

SOLICITAÇÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: _____

Número da Carteira PAS: _____ Idade: _____

Diagnóstico (CID-10): _____

1. Histórico da internação: _____

2. Dados clínicos atuais: _____

3. Quadro clínico estável: () Não () Sim

Se "NÃO" detalhar: _____

4. Serviço indicado / número de sessões (previsão)

() Serviço de acompanhamento em Fisioterapia: _____ sessões

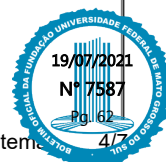
() Serviço de acompanhamento Fonoaudiológico: _____ sessões

() Serviço de acompanhamento Nutricional: _____ sessões

() Equipamento de oxigênio: _____ dias

_____, MS, ____ de _____ de _____.

Assinatura e carimbo do médico solicitante.



ANEXO II – TERMO DE CIÊNCIA

(Resolução nº 21-COL/PAS/UFMS, de 16 de julho de 2021.)

Este Termo refere-se à concordância do beneficiário e/ou do seu responsável das condições do atendimento domiciliar oferecido pelo PAS/UFMS descrito abaixo.

1. Condições para atendimento domiciliar pelo PAS/UFMS:

- I - ser beneficiário do Programa de Assistência à Saúde da UFMS e ter cumprido as carências;
- II - residir no perímetro urbano nos municípios das cidades onde houver serviço credenciado;
- III - ter aprovação da auditoria do PAS/UFMS; e
- IV - assinar este Termo de Ciência.

2. Serviços Cobertos:

I - o aluguel de equipamento de oxigênio será limitado até 30 dias por ano, conforme segue:

- a) 1º ao 30º dia - custeado integralmente PAS/UFMS; e
- b) A partir do 31º dia custeado pelo titular conforme valor da Tabela PAS/UFMS.

O Serviço de Fisioterapia será no máximo de 60 sessões por ano, sendo discriminados da seguinte forma:

- a) do 1º ao 30º dia, deverá ser custeado integral PAS/UFMS;
- b) do 31º ao 60º dia, 50% do valor será custeado pelo PAS e 50% custeado pelo beneficiário; e
- c) A partir da 61ª sessão, será custeada integralmente pelo titular conforme valor da Tabela PAS.

O Serviço de Acompanhamento Nutricional terá no máximo de 12 consultas anuais e será oferecido como se segue:

- a) Somente para casos de uso de sonda enteral e/ou gastrostomia;
- b) 12 consultas custeados pelo PAS; e
- c) A partir da 13ª consulta, o acompanhamento será custeado integralmente pelo titular, conforme valor de tabela PAS/UFMS.

O Serviço de Acompanhamento Fonoaudiológico, terá o numero máximo de 30 sessões anuais, sendo que a partir da 31ª sessão, este serviço será custeado integralmente pelo titular, conforme valor de Tabela PAS/UFMS;

Os valores que excederam a cobertura do PAS/UFMS, e que serão custeados integralmente pelo titular deverão ser realizados diretamente com o prestador do serviço.



3. Serviços Não Cobertos:

- Cuidadores e serviços de enfermagem (aplicação de injeções, vacinas ou medicações intramuscular ou endovenosa);
- Fornecimento de materiais como sonda vesical de demora, sonda para cateterização urinária temporária ou permanente, curativos industrializados, fraldas, cadeira de rodas, cadeira de banho, maca, cama tipo hospitalar, colchão de ar, colchão tipo casca de ovo, suporte de soro, equipos, monitores, seringas, agulhas, gazes, luvas descartáveis ou estéreis, mascaras descartáveis ou estéreis, aparelho para medir glicemia capilar, tiras ou fitas de glicemia capilar, meias de compressão, perneira pneumática, comadre, papagaio, inaladores, bombas de infusão e de dieta, caixa de emergência, produtos de higiene e conforto, coxins, aparelho de pressão, aparelho para medir saturação de oxigênio, termômetro, estetoscópio, respirador;
- Aquisição de cilindro de oxigênio;
- Qualquer tipo de aparelho para uso pessoal e por tempo indeterminado (órteses tipo tala, munhequeira, botas tipo robofoot);
- Aparelho para apneia do sono;
- Consultas e acompanhamento médico domiciliar; e
- Dietas em geral incluindo as industrializadas.

4. Situações adversas

Será analisada pela DIAS/PROGEP a solicitação médica de paciente que, após avaliação de equipe multidisciplinar, for considerado casos de extrema gravidade, terminais ou vegetativos.

O beneficiário ou responsável declara estar ciente dos limites do atendimento domiciliar estabelecidos, bem como, de que a presente autorização, concedida por simples liberalidade, não é obrigatória ao PAS/UFMS.

Declara ainda, estar ciente de que a realização do atendimento domiciliar objeto deste termo cuja realização foi autorizada mas não implica na inclusão deste ou de quaisquer outros procedimentos e ou exames no âmbito da cobertura, visto que não é um serviço obrigatório por lei.

E por estarem assim justos e acordados, firmam as partes supramencionadas o presente, em duas vias de idêntico teor.

Eu, _____,
CPF _____, estou ciente e concordo integralmente com todas as condições e regras estabelecidas pelo PAS/UFMS.

Nome do paciente: _____

Endereço para atendimento: _____

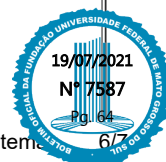
Responsável pelo paciente: _____

Telefone para contato: _____

RG do responsável: _____ Grau de parentesco: _____

_____, MS, ____ de _____ de _____.

Nome e Assinatura do responsável pelo paciente.





Documento assinado eletronicamente por **Suzi Rosa Miziara Barbosa, Presidente de Colegiado**, em 16/07/2021, às 17:19, conforme horário oficial de Mato Grosso do Sul, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site

[https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?](https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0)

[acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0](https://sei.ufms.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2673829** e o código CRC **D97B3692**.

COLEGIADO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Av Costa e Silva, s/nº - Cidade Universitária

Fone:

CEP 79070-900 - Campo Grande - MS

Referência: Processo nº 23104.019505/2021-18

SEI nº 2673829

