

## ANEXO L ao Edital nº 01/2022 - Credenciamento OCS / PSA (HGuJP / 2022)



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE JOÃO PESSOA

## ATENÇÃO DOMICILIAR (“HOME CARE”)

**PROTOCOLO DE ELEGIBILIDADE**  
(Tabela de Avaliação de Complexidade de Atenção Domiciliar)

**1. DA APRESENTAÇÃO:** Este documento apresenta o Protocolo de Elegibilidade (Tabela de Avaliação para Planejamento de Atenção Domiciliar), apresentando os critérios de elegibilidade que deverão ser observados quando da inclusão e manutenção de serviços de saúde de ATENÇÃO DOMICILIAR (“HOME CARE”) aos militares da ativa, da reserva ou reformados, pensionistas e seus dependentes, beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (SAMMED/FuSEx), aos usuários do Fator de Custo (FC) e aos servidores civis do Exército e dependentes, beneficiários da Prestação de Assistência à Saúde Suplementar dos Servidores Civis do Exército Brasileiro (PASS), nas condições no Edital, por intermédio da CREDENCIADA no domicílio do paciente.

**2. CONSIDERAÇÕES RELEVANTES:** quando da avaliação para fins de inclusão de paciente em programa de atenção domiciliar deverão ser observados os aspectos, conforme a tabela abaixo:

**TABELA DE AVALIAÇÃO PARA PLANEJAMENTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DO NÚCLEO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SERVIÇOS 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	SIM	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	ATENDIMENTO DOMICILIAR /



				OUTROS PROGRAMAS
ALIMENTAÇÃO PARENTERAL		Por mais de 12 horas/dia	Até 12 horas/dia	Não utiliza
ASPIRAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA / 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 Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD) , <b>considerar a maior complexidade assinalada</b> , ainda que uma única vez.				

**GRUPO 3 – CRITÉRIOS DE APOIO PARA INDICAÇÃO DE PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO DE CUIDADOS EM DOMÍLIO**

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	0	EUTRÓFICO	1	SOBREPESO/ EMAGRECIDO	2	OBESO/DESNUTRIDO
<b>ALIMENTAÇÃO OU MEDICAÇÕES POR VIA ENTERAL</b>	0	SEM AUXÍLIO	1	ASSISTIDA	2	GASTROSTOMIA / JEJUNOSTOMIA 3 POR SNG/SNE *
<b>KATZ** (SE PEDIATRIA PONTUAR 2)</b>	0	INDEPENDENTE	1	DEPENDENTE PARCIAL	2	DEPENDENTE TOTAL
<b>INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO</b>	0	0 - 1 INTERNAÇÃO	1	2 - 3 INTERNAÇÕES	2	> 3 INTERNAÇÕES
<b>ASPIRAÇÕES VIAS AÉREAS SUPERIORES</b>	0	AUSENTE	1	ATÉ 5 VEZES AO DIA	2	MAIS DE 5 VEZES AO DIA
<b>LESÕES</b>	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
<b>MEDICAÇÕES</b>	0	VIA ENTERAL	1	INTRAMUSCULAR ou SUBCUTÂNEA ***	2	INTRAVENOSA ATÉ 4 VEZES AO DIA / HIPODERMÓCLISE
<b>EXERCÍCIOS VENTILATÓRIOS</b>	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE		
<b>USO DE OXIGENIOTERAPIA</b>	0	AUSENTE	1	INTERMITENTE	2	CONTÍNUO
<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA</b>	0	ALERTA	1	CONFUSO/ DESORIENTADO	2	COMATOSO
<b>PONTUAÇÃO FINAL:</b>						
<b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>						
<b>Até 5 pontos:</b>	Considerar procedimentos pontuais exclusivos ou outros programas: ( ) Curativos ( ) Medicções			<b>De 12 a 17 Pontos:</b>	Considerar Internação Domiciliar 12h	

<b>Parenterais( ) Outros Programas</b>	
<b>De 6 a 11 Pontos:</b> Considerar Atendimento Domiciliar Mul profissional (inclui procedimentos pontuais, desde que não exclusivos)	<b>18 ou mais Pontos:</b> Considerar Internação Domiciliar 24h

\* SNG = Sonda Nasogástrica e SNE = Sonda Nasoentérica.

\*\* Consulte ESCORE KATZ no verso.

\*\*\* Excluído medicamentos de autoaplicação como insulinas e alguns anticoagulantes.

ESCORE DE KATZ					
ATIVIDADES	INDEPENDÊNCIA 1 PONTO (sem supervisão, orientação ou assistência pessoal)		DEPENDÊNCIA 0 PONTO (com supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral)		
<b>BANHAR-SE</b>	BANHA-SE COMPLETAMENTE OU NECESSITA DE AUXÍLIO SOMENTE PARA LAVAR UMA PARTE DO CORPO, COMO AS COSTAS, GENITAIS 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.		
<b>VESTIR-SE</b>	PEGA AS ROUPAS DO ARMÁRIO E VESTE AS ROUPAS ÍNTIMAS EXTERNAS E CINTOS. PODE RECEBER AJUDA PARA AMARRAR OS SAPATOS.		NECESSITA DE AJUDA PARA VESTIR-SE OU NECESSITA SER COMPLETAMENTE VESTIDO.		
<b>IR AO BANHEIRO</b>	DIRIGE-SE AO BANHEIRO, ENTRA E SAI DO MESMO, ARRUMA SUAS PRÓPRIAS ROUPAS, LIMPA A ÁREA GENITAL SEM AJUDA.		NECESSITA DE AJUDA PARA IR AO BANHEIRO, LIMPAR-SE OU USA URINOL OU COMADRE.		
<b>TRANSFERÊNCIA</b>	SENTA-SE, DEITA-SE E SE LEVANTA DA CAMA OU CADEIRA SEM AJUDA. EQUIPAMENTOS MECÂNICOS DE AJUDA SÃO ACEITÁVEIS.		NECESSITA DE AJUDA PARA SENTAR-SE, DEITAR-SE OU SE LEVANTAR DA CAMA OU CADEIRA.		
<b>CONTINÊNCIA</b>	TEM COMPLETO CONTROLE SOBRE SUAS ELIMINAÇÕES (URINAR E EVACUAR).		É PARCIAL OU TOTALMENTE INCONTINENTE DO INTESTINO OU BEXIGA.		
<b>ALIMENTAÇÃO</b>	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.		
<b>PONTUAÇÃO KATZ:</b>					
CLASSIFICAÇÃO KATZ					
<b>5 OU 6</b>	<b>INDEPENDENTE</b>	<b>3 OU 4</b>	<b>DEPENDÊNCIA PARCIAL</b>	<b>&lt; 2</b>	<b>DEPENDENTE TOTAL</b>
<b>Assinatura e Carimbo</b>				<b>Data</b>	

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

### Grupo 1 – Elegibilidade

a) Identificação de um cuidador efetivo que esteja presente no domicílio em período integral e capacitado a exercer essa função. Apenas nos casos de procedimentos pontuais específicos (medicações parenterais, curativos), desconsiderar para pacientes independentes.



b) 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.

c) Identificar se o paciente possui condições clínicas de deslocar-se até os prestadores de sua rede credenciada. Aspectos sociais que possam trazer dificuldades ao deslocamento não devem ser considerados neste instrumento.

### **Grupo 2 – Critérios para Indicação Imediata de Internação Domiciliar**

a) Este grupo trata os principais critérios técnicos que levam a uma indicação imediata de Internação Domiciliar, sendo, inclusive, contemplada uma sugestão de Planejamento Terapêutico de Cuidados em Domicílio (PTCD) com 12 horas ou 24 horas de enfermagem, conforme a complexidade clínica do paciente.

### **Grupo 3 – Critérios de Apoio para Indicação de PTCD.**

a) Este grupo reúne critérios de apoio para indicação do PTCD. Esses critérios estão relacionados ao grau de dependência, risco para complicações, morbidade e procedimentos técnicos. A pontuação atribuída a cada item seguiu o seguinte critério:

- i. Zero = nenhuma dependência, baixo risco de complicações e morbidade e sem necessidade de procedimentos técnicos.
- ii. 1 ponto = dependência parcial, risco moderado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intramuscular ou subcutânea.
- iii. 2 ou 3 pontos = dependência total, risco elevado de complicações e morbidade, necessidade de procedimentos técnicos e/ou aplicação de medicações por via intravenosa ou hipodermoclise.

b) Naqueles casos em que uma internação domiciliar ver sido indicada segundo as questões do Grupo 2, a sugestão de PTCD (12 ou 24 horas de enfermagem) deverá ser seguida pela aplicação dos critérios do Grupo 3, para maior embasamento técnico.

c) 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, quais sejam: atendimento domiciliar multiprofissional, procedimentos pontuais exclusivos em domicílio ou mesmo outros programas de atenção à saúde.

d) A falta de indicação de Internação Domiciliar pelos critérios apontados no Grupo 2 não impede que a indicação seja feita com base nos 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.

João Pessoa, PB, de dezembro de 2022.

**RENATA CRISTINA DE ALMEIDA MARTINS SCHMIDT – Ten Cel Med QEMA**  
Ordenadora de Despesas do HGuJP

