



**AFRAFEP**  
Associação dos Auditores Fiscais do Estado da Paraíba  
**CONSELHO DELIBERATIVO**  
**TRIÊNIO 2019/2021**

**RESOLUÇÃO 006/2019**

Dispõe sobre a  
regulamentação do  
serviço de Home Care na  
Afrafep Saúde.

O **CONSELHO DELIBERATIVO DA AFRAFEP**, no uso das atribuições que lhe confere o inciso XI do art. 40 do Estatuto Social, e

**Considerando** a necessidade de garantir a sustentabilidade financeira do **AFRAFEP-SAÚDE-PLUS**;

**Considerando** a necessidade de regulamentar o serviço de home care no **AFRAFEP-SAÚDE-PLUS**,

**RESOLVE:**

**INCLUSÃO NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)**

Art.1º Pacientes de alta complexidade elegíveis para internação hospitalar e que optem pela Internação Domiciliar (Home Care) em substituição à internação hospitalar, de acordo com a Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial – ABEMID (ou outra que a substituir), poderão ser inclusos no serviço de Home Care.

Parágrafo único. A inclusão no serviço de Home Care depende de prévio consentimento formal e por escrito em relação às regras do serviço, mediante a assinatura do termo de adesão e de responsabilidade (em anexo) pelo menos pelo beneficiário titular do plano de saúde (responsável financeiro).

**Art.2º** Os serviços de Home Care serão prestados por empresa terceirizada contratada através de livre escolha da AFRAFEP, a qual terá toda a responsabilidade sobre a assistência prestada ao paciente.

**Art. 3º** As medicações e dietas industrializadas poderão ser disponibilizadas tanto pela AFRAFEP quanto pela empresa contratada, conforme decisão interna da AFRAFEP, e se limitam àquelas que seriam fornecidas na internação hospitalar, não sendo fornecidos os materiais de higiene pessoal, fraldas, hidratantes e afins.

**Art.4º** Para ser assistido por serviço de Home Care o beneficiário deve estar em condições de adimplência com a AFRAFEP e já ter cumprido todos os períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões Pré-Existentes (DLP), previstos no plano de saúde.

#### **DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA**

**Art. 5º** A área de cobertura do serviço de Home Care restringe-se aos municípios de João Pessoa e Cabedelo, por viabilidade técnica.

**Parágrafo único.** Para melhor gerenciamento dos serviços, as áreas ficam assim divididas:

ÁREA 1 – CABEDELLO, INTERMARES, BESSA, JARDIM OCEANIA, MANAÍRA.

ÁREA 2 – TAMBAÚ, CABO BRANCO, PORTA DO SOL, PONTA DO SEIXAS, ALTIPLANO.

ÁREA 3 – CASTELO BRANCO, MIRAMAR, TAMBAUZINHO, EXPEDICIONÁRIOS, TORRE.

ÁREA 4 – BRISAMAR, JOÃO AGRIPINO, PEDRO GONDIM, BAIRRO DOS ESTADOS, BAIRRO DOS IPÊS.

ÁREA 5 – JD. TREZE DE MAIO, MANDACARU, TAMBIA, CENTRO, VARADOURO, TRINCHEIRAS.

ÁREA 6 – RANGEL, JAGUARIBE, CRISTO REDENTOR, OITIZEIRO, DISTRITO INDUSTRIAL.

ÁREA 7 – BANCÁRIOS, JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA, AGUA FRIA, MANGABEIRA, VALENTINA, GEISEL, JOSÉ AMÉRICO.

#### **CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ELEGIBILIDADE**

**Art. 6º** A inclusão e a manutenção do paciente no serviço de Home Care se faz mediante o cumprimento dos seguintes critérios cumulativos de elegibilidade:

I. residir, no momento da assistência, dentro da área de abrangência do serviço, ou seja, nas áreas urbanas dos municípios de João Pessoa e Cabedelo;

II. apresentar solicitação médica para assistência por meio de Home Care, acompanhada de relatório detalhado sobre condições de saúde e doença do paciente, contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências;

III. ter o seguinte quadro clínico, atestado por médico da AFRAFEP: ser paciente de alta complexidade elegível para internação hospitalar, com viabilidade médica para Internação Domiciliar (Home Care) em substituição à internação hospitalar de acordo com a Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial – ABEMID (ou outra que a substituir);

IV. contar com a presença de alguma pessoa responsável pelo paciente no domicílio;

V. ter o ambiente domiciliar propício para uma assistência domiciliar adequada, segura e eficaz. O domicílio do paciente deverá oferecer condições mínimas para o desenvolvimento dos trabalhos, tais como: suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação, facilidade de acesso para veículos, ambiente com janela específico para o paciente e dimensões mínimas para colocação de leito e equipamentos, além de segurança para os profissionais de saúde;

VI. apresentar consentimento formal e por escrito em relação às regras do serviço, mediante a

CNPJ: 09.306.242/0001-82

Rua Conselheiro Henriques, 45 - Centro - CEP 58.010-690 - João Pessoa-PB

Fone: (83) 3048-5640 - Site: [www.afrafep.org.br](http://www.afrafep.org.br) – [afrafep@uol.com.br](mailto:afrafep@uol.com.br)

**Art.2º** Os serviços de Home Care serão prestados por empresa terceirizada contratada através de livre escolha da AFRAFEP, a qual terá toda a responsabilidade sobre a assistência prestada ao paciente.

**Art. 3º** As medicações e dietas industrializadas poderão ser disponibilizadas tanto pela AFRAFEP quanto pela empresa contratada, conforme decisão interna da AFRAFEP, e se limitam àquelas que seriam fornecidas na internação hospitalar, não sendo fornecidos os materiais de higiene pessoal, fraldas, hidratantes e afins.

**Art.4º** Para ser assistido por serviço de Home Care o beneficiário deve estar em condições de adimplência com a AFRAFEP e já ter cumprido todos os períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões Pré-Existentes (DLP), previstos no plano de saúde.

#### **DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA**

**Art. 5º** A área de cobertura do serviço de Home Care restringe-se aos municípios de João Pessoa e Cabedelo, por viabilidade técnica.

**Parágrafo único.** Para melhor gerenciamento dos serviços, as áreas ficam assim divididas:

ÁREA 1 – CABEDELLO, INTERMARES, BESSA, JARDIM OCEANIA, MANAÍRA.

ÁREA 2 – TAMBAÚ, CABO BRANCO, PORTA DO SOL, PONTA DO SEIXAS, ALTIPLANO.

ÁREA 3 – CASTELO BRANCO, MIRAMAR, TAMBAUZINHO, EXPEDICIONÁRIOS, TORRE.

ÁREA 4 – BRISAMAR, JOÃO AGRIPINO, PEDRO GONDIM, BAIRRO DOS ESTADOS, BAIRRO DOS IPÊS.

ÁREA 5 – JD. TREZE DE MAIO, MANDACARU, TAMBIAÁ, CENTRO, VARADOURO, TRINCHEIRAS.

ÁREA 6 – RANGEL, JAGUARIBE, CRISTO REDENTOR, OITIZEIRO, DISTRITO INDUSTRIAL.

ÁREA 7 – BANCÁRIOS, JARDIM CIDADE UNIVERSITÁRIA, AGUA FRIA, MANGABEIRA, VALENTINA, GEISEL, JOSÉ AMÉRICO.

#### **CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ELEGIBILIDADE**

**Art. 6º** A inclusão e a manutenção do paciente no serviço de Home Care se faz mediante o cumprimento dos seguintes critérios cumulativos de elegibilidade:

I. residir, no momento da assistência, dentro da área de abrangência do serviço, ou seja, nas áreas urbanas dos municípios de João Pessoa e Cabedelo;

II. apresentar solicitação médica para assistência por meio de Home Care, acompanhada de relatório detalhado sobre condições de saúde e doença do paciente, contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências;

III. ter o seguinte quadro clínico, atestado por médico da AFRAFEP: ser paciente de alta complexidade elegível para internação hospitalar, com viabilidade médica para Internação Domiciliar (Home Care) em substituição à internação hospitalar de acordo com a Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial – ABEMID (ou outra que a substituir);

IV. contar com a presença de alguma pessoa responsável pelo paciente no domicílio;

V. ter o ambiente domiciliar propício para uma assistência domiciliar adequada, segura e eficaz. O domicílio do paciente deverá oferecer condições mínimas para o desenvolvimento dos trabalhos, tais como: suprimento de água potável, fornecimento de energia elétrica, meio de comunicação, facilidade de acesso para veículos, ambiente com janela específico para o paciente e dimensões mínimas para colocação de leito e equipamentos, além de segurança para os profissionais de saúde;

VI. apresentar consentimento formal e por escrito em relação às regras do serviço, mediante a

CNPJ: 09.306.242/0001-82

Rua Conselheiro Henriques, 45 - Centro - CEP 58.010-690 - João Pessoa-PB

Fone: (83) 3048-5640 - Site: [www.afrafep.org.br](http://www.afrafep.org.br) – [afrafep@uol.com.br](mailto:afrafep@uol.com.br)

assinatura do termo de adesão e de responsabilidade (em anexo) pelo menos pelo beneficiário titular do plano de saúde (responsável financeiro);

VII. ter vínculo ativo com o plano de saúde disponibilizado pela AFRAFEP;

VIII. estar em condições de adimplência com a AFRAFEP e já ter cumprido todos os períodos de carência e de Cobertura Parcial Temporária (CPT) para Doenças ou Lesões Pré-Existentes (DLP), previstos no plano de saúde;

IX. estar o paciente totalmente impossibilitado de sair do domicílio: o Home Care é uma Internação Domiciliar em substituição à internação hospitalar, logo, destina-se exclusivamente a paciente de alta complexidade elegível para internação hospitalar, totalmente restrito ao leito, que se encontre impossibilitado de sair de seu domicílio;

**Parágrafo único.** Situações que não impossibilitam o beneficiário de deslocar-se do seu domicílio:

1. *sair para atividades sociais;*
2. *dirigir veículos;*
3. *ir a rede credenciada para atendimento ambulatorial por razões médicas ou não;*
4. *visitar parentes ou amigos;*
5. *fazer compras ou outros negócios;*
6. ficar em casa por fraqueza ou insegurança (a não ser que preencha outros critérios que o qualifique como impossibilitado de sair do seu domicílio);
7. outras situações, que não impossibilitam o beneficiário de deslocar-se do seu domicílio, não listadas acima serão submetidas à análise e consideração da Diretoria Executiva da AFRAFEP para decisão.

### CRITÉRIOS PARA ALTA OU FINALIZAÇÃO DO SERVIÇO

**Art. 7º** A assistência por meio de Home Care se encerra através da alta do serviço, que pode ocorrer pelos seguintes motivos:

I. alta por alcance da cura, de acordo com o parecer do médico assistencial do Home Care ou do médico da AFRAFEP;

II. alta por internação hospitalar;

III. alta por óbito;

IV. alta por recuperação terapêutica, viabilizando a assistência do beneficiário através do SAD da AFRAFEP, de acordo com o parecer do médico assistencial do Home Care ou do médico da AFRAFEP;

V. alta por mudança de endereço (fora da área de abrangência);

VI. alta por perda dos critérios de elegibilidade definidos nesta Resolução, de acordo com o parecer do médico assistencial do Home Care ou do médico da AFRAFEP;

VII. alta por comportamento em desacordo com as normas e protocolos do serviço, devendo ser precedidas de notificações prévias por escrito;

VIII. paciente ou responsável não é capaz ou não quer cooperar com o plano de atenção;

IX. paciente ou responsável desobedece repetidamente às prescrições médicas;

X. ausência de responsável na residência;

XI. alta por solicitação do paciente, familiar responsável, beneficiário titular do plano de saúde ou médico assistente, mediante a assinatura de termo de responsabilidade, isentando a operadora de possíveis responsabilidades por agravamentos à saúde decorrente desta ação;

CNPJ: 09.306.242/0001-82

Rua Conselheiro Henriques, 45 - Centro - CEP 58.010-690 - João Pessoa-PB

Fone: (83) 3048-5640 - Site: [www.afrafep.org.br](http://www.afrafep.org.br) - [afrafep@uol.com.br](mailto:afrafep@uol.com.br)

XII. interrupção da assistência em caso de débito perante a AFRAFEP a partir do 11º dia de inadimplência.

### **DA PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DO BENEFICIÁRIO (COPARTICIPAÇÃO)**

**Art. 8º** Em qualquer hipótese, a inclusão no serviço de internação domiciliar (Home Care) e a efetiva utilização desse serviço encontra-se condicionada à participação financeira do beneficiário, que pagará à AFRAFEP coparticipação nos seguintes moldes:

**§ 1º** Percentual de 20% sobre o valor global das despesas da AFRAFEP, no mês, com o serviço de Home Care.

**§ 2º** A responsabilidade financeira do beneficiário pelas despesas da Internação Domiciliar (Home Care) em cada mês, a título de coparticipação, limita-se ao valor correspondente a 05 (cinco) salários mínimos vigentes na época, estando o beneficiário isento do pagamento do valor que exceder esse limite financeiro mensal.

**§ 3º** A coparticipação devida pela internação domiciliar (Home Care) é de responsabilidade do beneficiário titular do plano de saúde disponibilizado pela AFRAFEP e será cobrada preferencialmente juntamente com a mensalidade do plano de saúde.

### **DISPOSIÇÕES FINAIS**

**Art. 9º** Os casos omissos serão submetidos à análise e consideração da Diretoria Executiva da AFRAFEP, cabendo recurso da decisão, no prazo improrrogável de 05 (cinco) dias corridos, ao Conselho Deliberativo da Associação.

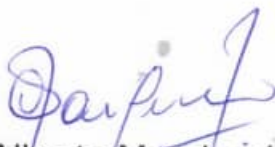


CNPJ: 09.306.242/0001-82

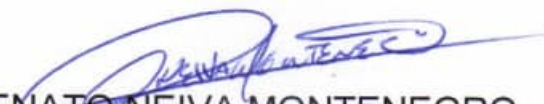
Rua Conselheiro Henriques, 45 - Centro - CEP 58.010-690 - João Pessoa-PB

Fone: (83) 3048-5640 - Site: [www.afrafep.org.br](http://www.afrafep.org.br) - [afrafep@uol.com.br](mailto:afrafep@uol.com.br)

Esta Resolução foi aprovada pelo Conselho Deliberativo da AFRAFEP em reunião realizada no dia 27 de junho de 2019, e entra em vigor na data de sua aprovação.



Carlos Alberto Moreira da Silva  
**Vice - Presidente do Conselho Deliberativo da AFRAFEP**



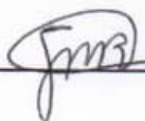
RENATO NEIVA MONTENEGRO  
**Secretário do Conselho Deliberativo da AFRAFEP**

**Conselheiros:**

Francisco Petrônio O. Rolim \_\_\_\_\_



Glauco Menezes Borges \_\_\_\_\_



José Costa \_\_\_\_\_



Anexo I - TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO SERVIÇO DE ATENDIMENTO HOME CARE

Anexo II - TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL – ABEMID

**ANEXO I****TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO SERVIÇO DE ATENDIMENTO HOME CARE**

O presente termo refere-se à solicitação de inclusão de beneficiário no Serviço de Atendimento Domiciliar da AFRAFEP (SAD), e representa a anuência e concordância com o Regulamento do SAD. Declaro ter sido informado claramente sobre todas as condições estabelecidas no Regulamento do SAD da AFRAFEP, estando ciente de todo o seu teor, e declaro, ainda, minha expressa ciência e concordância inclusive em:

Beneficiário / paciente: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Titular do plano de saúde (responsável financeiro): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Responsável legal pelo beneficiário (se o titular for o próprio beneficiário assistido): \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

1. ter um RESPONSÁVEL em tempo integral, ciente de que esta pessoa não pode ser menor de 18 (dezoito) anos e/ou maior que 70 (setenta) anos;

2. seguir as condutas e orientações dos profissionais da empresa prestadora de serviço para que o atendimento ocorra sem transtornos, visando sempre à melhoria das condições de saúde do paciente;

3. tratar com urbanidade e presteza a Equipe Assistencial;

4. zelar pela conservação dos Equipamentos Médico-Hospitalares sob uso do paciente e se responsabilizar pelos custos com os mesmos, em caso de danos ou extravio.

5. as medicações e dietas industrializadas fornecidas no serviço de Home Care se limitam àquelas que seriam fornecidas na internação hospitalar, não sendo fornecidos os materiais de higiene pessoal, fraldas, hidratantes e afins (esses itens não fornecidos são de responsabilidade do paciente, dos familiares e do titular do plano de saúde).

6. comunicar à AFRAFEP sobre a hospitalização do paciente e/ou sobre mudança de endereço;

7. para aderir e se manter assistido pelo Home Care, é preciso o beneficiário estar em dia com o pagamento do plano de saúde de saúde e demais encargos financeiros com a AFRAFEP;

8. quando a Atenção Domiciliar for prestada por meio de internação domiciliar em substituição à internação hospitalar (Home Care), a coparticipação devida pelo beneficiário será de 20% sobre o valor global das despesas da AFRAFEP no mês com esse serviço (limitado a 05 salários mínimos por mês), cobrada juntamente com a mensalidade do plano de saúde;

9. o paciente será excluído do programa quando:

a) não cumprir as orientações da equipe;

b) não tiver responsável em tempo integral;

c) em caso de alta por: a pedido do paciente e/ou responsável, titular do plano de saúde ou médico assistente; estabilidade clínica, não possuir mais o perfil para serviço de Home Care, nos termos da Regulamentação da AFRAFEP;

d) em caso de óbito;

e) mudança de domicílio para local fora da área de abrangência (João Pessoa e Cabedelo);

f) em caso de exclusão do plano de saúde;

g) em caso de inadimplência com a AFRAFEP.

CNPJ: 09.306.242/0001-82

Rua Conselheiro Henriques, 45 - Centro - CEP 58.010-690 - João Pessoa-PB

Fone: (83) 3048-5640 - Site: [www.afrafep.org.br](http://www.afrafep.org.br) - [afrafep@uol.com.br](mailto:afrafep@uol.com.br)

Declaro ter conhecimento de que o não cumprimento dos termos da Resolução do Conselho Deliberativo que regulamenta o serviço de Home Care implicará em penalidades que variam desde a advertência, por escrito, até a exclusão do paciente do Home Care.

Declaro, ainda, estar ciente de que a assistência no domicílio prestada pela equipe de Home Care pode ser cessada ou suspensa, de acordo com a melhora do estado clínico, e tenho ciência e estou de acordo com os termos da Resolução do Conselho Deliberativo da AFRAFEP que regulamenta o serviço de Home Care, cuja cópia tive pleno acesso no ato da adesão ao serviço.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
AFRAFEP

\_\_\_\_\_  
Beneficiário titular do plano de saúde

\_\_\_\_\_  
Paciente ou seu responsável legal



## ANEXO II



## TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID



Efetuada 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                                                                               | Itens da 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                 |
|                                                                                         | Díálise Domiciliar                               | 5                 |
| Quimioterapia                                                                           | Oral                                             | 1                 |
|                                                                                         | Sub Cutânea                                      | 3                 |
|                                                                                         | Intra Venosa                                     | 5                 |
|                                                                                         | Intra Tecal                                      | 5                 |
| Suporte Ventilatório                                                                    | O <sub>2</sub> Intermitente                      | 2                 |
|                                                                                         | O <sub>2</sub> 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                                                             | Independente                                     | 0                 |
|                                                                                         | Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias              | 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 dos pontos totais obtidos           |                                                  |                   |
| Assinatura e carimbo:                                                                   |                                                  | Data:             |

CNPJ: 09.306.242/0001-82

Rua Conselheiro Henriques, 45 - Centro - CEP 58.010-690 - João Pessoa-PB

Fone: (83) 3048-5640 - Site: [www.afrafep.org.br](http://www.afrafep.org.br) - [afrafep@uol.com.br](mailto:afrafep@uol.com.br)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID</b> |  |
| Efetuada em ____/____/____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |                                                                                     |
| <b>OBSERVAÇÕES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                  |                                                                                     |
| <b>I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                                                                     |
| 1- Entende-se por <b>paciente independente</b> aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem treinado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |                                                                                     |
| 2- Entende-se por <b>parcialmente dependente</b> , aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                  |                                                                                     |
| a) Somente mobiliza-se do leito com ajuda de terceiros.<br>b) Apresenta nível de consciência com confusão mental.<br>c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente.<br>d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                                                                     |
| 3- Entende-se por <b>totalmente dependente</b> , aquele que:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                                                                     |
| a) apresenta-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com 3 ou mais intervenções diárias<br>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.<br>c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo.<br>d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P. O.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                                                                     |
| <b>II) Quanto a Classificação:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                  |                                                                                     |
| a) Se o somatório de pontos obtidos for <b>menor ou igual a 07 pontos</b> , o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar;<br>b) Se o somatório de pontos obtidos for <b>de 08 a 12 pontos</b> , o paciente será considerado de Baixa Complexidade;<br>c) Se o somatório de pontos obtidos for <b>de 13 a 18 pontos</b> , o paciente será considerado de Média Complexidade;<br>d) Se o somatório de pontos obtidos for <b>igual ou superior a 19 pontos</b> , o paciente será considerado de Alta Complexidade;<br>e) Ao obter 01 pontuação 5, o paciente migra automaticamente para Média Complexidade;<br>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). |                                                                  |                                                                                     |
| <b>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</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                     |
| <b>Obs.: 2 - Entende-se por DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 24h</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                                                                     |
| <b>Obs.: 3 - Entende-se por DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS a necessidade de enfermagem 12h</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                                                                     |