

ANEXO N – LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR A SAÚDE



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA 4ª REGIÃO MILITAR
(4ª Distrito Militar/1891)
REGIÃO DAS MINAS DE OURO**

LISTA REFERENCIAL DE PROCEDIMENTOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR A SAÚDE

I. DIÁRIAS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR

1.1. Assistência Domiciliar:

1.1.1. Atendimento prestado por visita de equipe multidisciplinar de profissionais da área de saúde integrada por médico, enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e de fisioterapeuta, permitindo garantir melhoria nas atividades de vida diárias (AVD's) e maior independência funcional.

1.1.2. Valor: Será pago o honorário do profissional da área de saúde que está prestando o atendimento.

1.2. Internação Domiciliar:

1.2.1. Internação Domiciliar de Baixa Complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 06 (seis) h/dia.

1.2.1.1. Esta modalidade é aplicada somente para “treinamento de cuidador” e processo de “desmame final”;

1.2.1.2. Consta de supervisão de enfermagem, plantão médico, adequação do ambiente domiciliar, treinamento de cuidador/acompanhante, central de atendimento telefônico com médicos e enfermeiros capacitados para o atendimento domiciliar de urgência, serviço de urgência/emergência 24 (vinte e quatro) horas, inclusive com remoção e orientação à família;

1.2.1.3. Inclui, também, o mobiliário hospitalar para o período contratado, em regime de comodato, composto de uma cama hospitalar básica, sem rodas, com grade, uma escadinha 02 degraus, uma cadeira de higiene, um suporte de soro, micronebulizador, glicosímetro, aparelho de pressão e um aspirador de secreção; e

1.2.1.4. Consta com visita programada mensal do Enfermeiro;

1.2.1.5. Inclui visita do Enfermeiro nos casos de intercorrências clínicas (visita de plantão);

1.2.1.6. Quando for necessário, uma maleta de emergência, uma Unidade Manual de Respiração Artificial (adulto/neonatal) deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

1.2.1.7. Será pago separadamente o honorário do profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.

1.2.1.8. Valor: **R\$ 196,93** (cento e noventa e seis reais e noventa e três centavos) por dia.

1.2.2. Internação Domiciliar de Média Complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 12 (doze) h/dia.

1.2.2.1. Além do previsto nos subitens 1.2.1.2. e 1.2.1.3, consta com visita programada quinzenal do Enfermeiro;

1.2.2.2. Inclui visita do Enfermeiro nos casos de intercorrências clínicas (visita de plantão);

1.2.2.3. Quando for necessário, uma maleta de emergência, uma Unidade Manual de Respiração Artificial (adulto/neonatal) deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

1.2.2.4. Será pago separadamente o honorário do profissional da área de saúde integrada por médico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta.

1.2.2.5. Valor: **R\$ 327,37** (trezentos e vinte e sete reais e trinta e sete centavos) por dia.

1.2.3. Internação Domiciliar de Alta Complexidade: incluem os serviços de técnico de enfermagem por 24 (vinte e quatro) h/dia.

1.2.3.1. Além do previsto nos subitens 1.2.1.2. e 1.2.1.3, consta com visita programada semanal do Enfermeiro;

1.2.3.2. Inclui visita do Enfermeiro nos casos de intercorrências clínicas (visita de plantão);

1.2.3.3. Quando for necessário, uma maleta de emergência, uma Unidade Manual de Respiração Artificial (adulto/neonatal) deverá estar na residência do paciente ou de posse do médico nas visitas; e

1.2.3.4. Será pago o honorário do profissional da área de saúde integrada por médico fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapia ocupacional e fisioterapeuta.

1.2.3.5. Valor: **R\$ 590,84** (quinhentos e noventa reais e oitenta e quatro centavos) por dia.

1.3. Gerenciamento de casos Crônicos:

1.3.1. Compreender a realização das atividades de coordenação da assistência, educação dos pacientes, seus familiares e cuidadores, e a realização de intervenções terapêuticas sempre que necessárias;

1.3.2. O trabalho é desenvolvido por equipe interdisciplinar, compreendendo médico e enfermeira obrigatoriamente, além de fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional, sempre de acordo com o plano de tratamento definido para cada paciente, dependendo do caso o paciente será enquadrado como GCB, GCI ou GCA;

1.3.3. Gerenciamento de Caso Básico (GCB) compreende:

1.3.3.1. Portadores de doenças crônicas estáveis, sendo frequentemente idosos ou adultos com pequena seqüela neurológica, demência em fase inicial, ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento menos intensivo;

1.3.3.2. Paciente dependente parciais ou independentes de seus cuidadores;

1.3.3.3. Pacientes com pouca dificuldade de acesso a rede de atenção;

1.3.3.4. Pacientes que apresentam histórico de reinternação sucessivas de curta duração evitáveis, que geram repetição de procedimento e exames;

1.3.3.5. Pacientes e cuidadores desinformados sobre os cuidados necessários para prevenir a exarcebação da doença;

1.3.3.6. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por trimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 01 (uma) visita de avaliação inicial por um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

1.3.3.7. Valor: **R\$ 422,68** (quatrocentos e vinte e dois reais e sessenta e oito centavos) / mês.

1.3.4. Gerenciamento de Caso Intermediário (GCI) compreende:

1.3.4.1. Portadores de doenças crônicas, sendo frequentemente idosos frágeis ou adultos com seqüela neurológica, demência em fase intermediária; ou demais comprometimentos da sua saúde que necessite de monitoramento intensivo;

1.3.4.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

1.3.4.3. Pacientes dependentes parciais de seus cuidadores;

1.3.4.4. Pacientes que, pelo grau de dependência possuem dificuldade de acesso, considerável, a rede de atenção;

1.3.4.5. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis, que geram repetições de procedimentos e exames invasivos;

1.3.4.6. Pacientes com infecções de repetição;

1.3.4.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01

(um) Médico com 01 (uma) visita por bimestre, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês, um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

1.3.4.8. Valor **R\$ 560,36** (quinhentos e sessenta reais e trinta e seis centavos) / mês.

1.3.5. Gerenciamento de Caso Avançado (GCA) compreende:

1.3.5.1. Portadores de doenças crônicas de difícil controle;

1.3.5.2. Pacientes com ou sem lesão de órgão alvo;

1.3.5.3. Pacientes dependentes totais de seus cuidadores;

1.3.5.4. Pacientes que pela dependência, possuem extrema dificuldade de acesso à rede de atenção;

1.3.5.5. Pacientes que apresentam histórico de reinternações sucessivas evitáveis de procedimentos e exames invasivos;

1.3.5.6. Pacientes com alta recente, estável, quadro clínico delicado e com alto risco de descompensação;

1.3.5.7. Previsão de recursos básicos para a assistência: 01 (um) Médico com 01 (uma) visita por mês, 01 (um) Enfermeiro com 01 (uma) visita por mês, Equipe Interdisciplinar (Fisioterapeuta ou Nutricionista ou Fonoaudiólogo ou Psicólogo ou Terapeuta Ocupacional) com 02 (duas) sessões por mês um membro da equipe e acompanhamento telefônico 24 horas; e

1.3.5.8. Valor **R\$ 698,04** (seiscentos e noventa e oito reais e quatro centavos) /mês.

1.4. Procedimentos de Enfermagem:

1.4.1. Serviços de Técnico de Enfermagem, sob Supervisão de Enfermagem, durante o atendimento domiciliar para realização de curativos, administração de medicamentos por todas as vias, administração de dietas enterais, realização de higiene em pacientes acamados e, outros atendimentos de enfermagem que não requerem acompanhamento contínuo;

1.5. Aplicado aos pacientes residentes em Belo Horizonte e demais municípios regidos pelo Comando da 4ª Região Militar.

1.5.1. *Nota explicativa: aplicado a todos os beneficiários do FUSEx 4RM.*

1.5.2. Valor: **R\$ 75,00** (setenta e cinco reais) por visita.

2. VALORES DE HONORÁRIOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

2.1. Médico: **R\$ 224,00** (duzentos e vinte e quatro reais) por visita:

2.2. Enfermeiro: **R\$ 108,00** (cento e oito reais) por visita.

2.3. Fisioterapia (motora / respiratória): **R\$ 101,00** (cento e um reais) por sessão.

2.4. Terapeuta Ocupacional: **R\$ 101,00** (cento e um reais) por sessão.

2.5. Fonoaudiologia: **R\$ 101,00** (cento e um reais) por sessão.

2.6. Psicologia: **R\$ 101,00** (cento e um reais) por sessão.

- 2.7.** Nutricionista: **R\$ 101,00** (cento e um reais) por sessão.
2.8. Assistente Social: **R\$ 101,00** (cento e um reais) por atendimento.
2.9. Técnico de Enfermagem: **R\$ 75,00** (setenta e cinco reais) por sessão.
2.10. Observações:

2.10.1. O número de sessões, por categoria profissional, será autorizado mediante justificativa detalhada dos benefícios e resultados de acordo com a necessidade do paciente.

2.10.2. Havendo necessidade de o profissional aumentar a quantidade das sessões inicialmente autorizadas por esta UG FUSEx, o CREDENCIADO deverá solicitar um aditivo orçamentário mediante relatório com justificativa detalhada.

3. VALORAÇÃO DE OXIGENIOTERAPIA, MOBILIÁRIO E EQUIPAMENTOS

3.1 Tabela com valores referentes à locação mensal:

Mobiliário e Equipamentos	Valor (R\$)
Andador	52,10
Aspirador de Secreção Elétrico	78,15
Aspirador Oxigênio	107,30
Base Aquecida para CPAP	209,40
Berço Hospitalar	172,80
BIPAP com Base Aquecida	1.685,82
Cadeira de Banho	55,20
Cadeira de Rodas Especial	107,30
Cadeira de Rodas Simples	86,20
Cama Hospitalar	180,20
Concentrador de Oxigênio	468,80
CPAP com Base Aquecida	644,80
Macronebulizador	157,30
No break	210,40
Oxímetro de mesa	323,00
Oxímetro de pulso	208,40
Oxímetro Infantil Portátil	212,00
Respirador LTV	2.973,00
Suporte de Soro	25,00
Ventilador Stellar	1.829,10
Ventilador Trilogy	2.620,80
Gases Medicinais	Valor (R\$)
Cilindro de Oxigênio - 01 m3	62,81
Cilindro de Oxigênio - 4m3	127,92
Cilindro de Oxigênio - 8m3	182,00
Cilindro de Oxigênio - 10m3	228,80
Recarga de Cilindro - 1 m3	25,00
Recarga de Cilindro - 4m3	94,80
Recarga de Cilindro - 8m3	156,00
Recarga de Cilindro - 10m3	180,00

4. CLASSIFICAÇÃO DOS CURATIVOS PARA PAGAMENTO

4.1 Tabelas com a classificação dos curativos:

Descrição do Curativo	Frequência de Troca	Característica da Lesão
Sulfadiazina de prata + nitrato cério	12/12hrs	Queimaduras
AGE	Diária	Tecido granulação
Hidrogel	24/24hrs	Tecido necrótico, pouco exsudato.
Filme transparente	3 a 7 dias	Cobertura secundária, tecido de epitelização.
Placa hidrocolóide	3 a 7 dias	Com ou sem necrose, tecido de granulação.
Carvão ativado com prata	3 a 7 dias	Feridas infectadas, com odor fétido, cavitárias.
Malha impregnada com petrolatum	3 a 5 dias ou 24/24hrs com justificativa	Tecido granulação, presença de tecido ósseo, queimaduras, enxertos.
Alginato de cálcio	3 a 7 dias	Feridas exsudativas, com odor fétido, cavitárias.
Alginato de cálcio com prata	A cada 7 dias ou quando estiver saturado	Feridas de moderada a alta exsudação, colonizadas e infectadas; queimaduras de I e II graus; úlceras venosas e áreas doadoras.

4.1.1 Caso seja necessário realizar trocas de curativos com frequência maior do que o especificado no subitem 4.1, as solicitações deverão ser justificadas, por escrito, pelo Enfermeiro ou Médico. As coberturas serão pagas conforme anexo de valoração própria de materiais e medicamentos.

4.2 No caso de coberturas que não estão na tabela própria de materiais e medicamentos, serão pagas mediante prescrição do Enfermeiro ou Médico, e devem ser apresentados 03 orçamentos para análise e autorização prévia.

5. DIETAS

5.1 As dietas serão pagas conforme a tabela abaixo:

Descrição Dieta	Preço por unidade (R\$)
Enteral Peptamen 1.5 Sf 1000 ml	202,80
Enteral Peptamen Junior 400gr	191,98
Enteral Novasoure GI Control 1000ml	137,28
Enteral Pediasure 900g	93,01
Enteral Bem Vital Carboidratos 400 g	84,52
Enteral Neo Advance 400 g	277,21
Enteral Isosource Mix 1000ml	202,80
Enteral Nutrison Protein Energy 1.5 (Dieta Hiperclórica com 1,2 a 1,5 Kcal/ml)	129,79

Isosource HN 1000mL	168,72
Isosource Soya 1000mL	98,58
Isosource Soya Fiber 1000mL	202,80
Isosource Standart 1000mL	168,72
Nutren Active 400g	55,70
Nutren 1.0 400g	108,16
Nutri Enteral 1.2 (Dieta Hipercalórica com 1,2 a 1,5 Kcal/ml)	61,26
Nutri Enteral 1.5 (Dieta Hipercalórica com 1,2 a 1,5 Kcal/ml)	62,37
Nutri Enteral Soya 800g	168,72
Nutridrink 325g	60,15
Resource Fiber mais Lata 260g	105,83
Resource Protein 240g	186,03
Resource Thicken Up 240g	163,32
Trophic Basic 1000mL	186,03

6. TRANSPORTE

6.1. Os serviços serão remunerados com base nos valores constantes nas tabelas citadas no Edital de credenciamento.

7. VALORAÇÃO DE COBERTURAS

Valoração de Coberturas		
Descrição	Unidade	Valor
AGE + TCM + VIT A e E	FA 200mL	R\$ 20,80
Alginato de cálcio 10 X 10cm	Placa	R\$ 31,61
Carvão ativado com prata	<i>vide anexo T</i>	
Compressa cirurgica aberta 15 X 60cm	Unidade	R\$ 1,94
Creme Barreira	60 mL	R\$ 56,52
Curativo hidrofibra com prata 10 X 10cm (Aquacel Ag)	Placa	R\$ 20,80
Curativo transparente 15cm X 10m	Rolo	R\$ 94,54
Dispositivo de fixação de PICC	Unidade	R\$ 62,40
Hidrogel	Gramas	R\$ 1,22
Malha impregnada com petrolatum 7,6 X 20,3cm	Unidade	R\$ 19,36
Curativo Hidrofibra com prata 10 x 10 (Aquacel AG)	Unidade	R\$ 65,00
Placa hidrocolóide	<i>vide anexo T</i>	

Necessária autorização prévia*

8. INSTRUÇÕES GERAIS

8.1. Pacientes sob os cuidados de clínicas geriátricas (residências geriátricas ou casas de repouso) são ineligíveis ao programa de Atenção Domiciliar. As clínicas geriátricas são estabelecimentos de saúde em que constam com equipe de profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeuta e outros profissionais) e cuidadores.

8.2. Pacientes que necessitam somente dos aparelhos para tratar a apneia do sono e diversas doenças respiratórias (ex: CPAP, BIPAP, entre outros), devem adquirir o

equipamento através de processo junto a seção de Inativos e Pensionistas (SIP), da 4ª RM ou em Batalhões e Companhias da área de abrangência da 4ª RM de acordo com o artigo 25, capítulo IV, da IR 30-38, de 2008. Estes aparelhos não são fornecidos sozinhos em programa de Atenção Domiciliar.

8.3. O paciente com atendimento reduzido ao desmame, com demanda única de dieta, deverá o seu responsável se responsabilizar pela aquisição do insumo.

8.4. A Atenção Domiciliar não tem como objetivo fornecer insumos e materiais, desta forma:

8.4.1. havendo demanda isolada de oxigenioterapia, o equipamento deve ser alugado, podendo ser solicitado o ressarcido parcialmente pelo FUSEx (com Autorização Prévia) ou adquirido gratuitamente na rede do SUS.

8.4.2. havendo demanda isolada de dietoterapia enteral, deverá o beneficiário ou seu responsável se responsabilizar pela aquisição do insumo.

8.5. Concernente ao aparelho de Glicemia (incluso fita e lanceta) e aparelho de micronebulização, a UG FUSEx não se responsabiliza pelo fornecimento destes equipamentos.

8.6. O Paciente com enquadramento no Programa de Assistência Domiciliar (item 1.1.1), poderá ser atendido pela rede de contratados do FUSEx.

8.7. O Técnico de Enfermagem no domicílio é um profissional exclusivo para o paciente, não faz parte das atividades do técnico exercer funções domésticas tais como limpar casa, cozinhar, lavar roupas ou prestar favores aos familiares.

8.8. A necessidade da presença do Auxiliar /Técnico de Enfermagem seria apenas para execução de procedimentos técnicos, tais como administrar medicações por via parentais, manipular aparelhos ventiladores mecânicos, realizar curativos complexos, entre outros procedimentos. Realização ou apoio nas atividades de vida diária são cuidados que podem ser realizados pelo cuidador.

8.9. A ocupação de Cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob o código - 5162-10 e considera que o cuidador pode ser um familiar ou pessoa contratada, que auxilia o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana (vida diária). As principais atividades desempenhadas pelo cuidador são auxílio no banho, movimentação, alimentação, cuidados de higiene, vestir se e ir ao banheiro. No Programa de Atenção Domiciliar não existe previsão de cuidador, cabe à família arcar com os custos de uma eventual contratação, caso seja do interesse dos parentes responsáveis.

8.10. Os valores referentes a locações mensais terão cobrança pró-rata conforme o número de dias da internação domiciliar.

8.11. No valor das diárias de internação de Alta, Média e Baixa Complexidade, deverão estar incluídos:

8.11.1. Troca de roupa de cama e banho do paciente;

8.11.2. Cuidados e materiais de uso na desinfecção ambiental;

8.11.3. Administração de dieta do paciente, de acordo com a prescrição médica.

- 8.11.4. Cuidados de enfermagem: administração de medicamentos por todas as vias; preparo, instalação e manutenção de venóclise e aparelhos; controle de sinais vitais; curativos; controle de diurese; sondagens; mudança de decúbito; locomoção interna do paciente; preparo do paciente para procedimentos médicos (enteroclistma, tricotomia, etc); cuidados e higiene pessoal do paciente; preparo do corpo em caso de óbito;
- 8.11.5. Manuseio da caixa para armazenamento de material perfuro-cortante e coleta desse lixo; cuidados com cateter (vesical, enteral, nasal, etc); uso de equipamento de proteção individual (EPI); curativos de qualquer porte, glicemia capilar, lavagem de bolsa de colostomia; troca de fraldas; monitoramento de suporte respiratório (oxigenioterapia, nebulização, entre outros); demais atividades correlatas aos serviços de técnico de enfermagem.
- 8.11.6. Orientação nutricional no momento da alta;
- 8.11.7. Aspiração de secreção;
- 8.11.8. Equipamentos de proteção individual (EPI): máscaras descartáveis, aventais, luvas de procedimentos não estéreis, óculos, toucas descartáveis, propé e jaleco.
- 8.12. As taxas de assepsia e vigilância epidemiológica não serão cobertas.
- 8.13. Medicamentos: valores acordados no parâmetro CMED/ANVISA, constante da coluna “preço fábrica – PF”.
- 8.13.1. Os medicamentos serão pagos conforme prescrição médica, **preferencialmente genéricos**, será pago o de menor valor.
- 8.14. Afasta-se a presente regra de preço caso, no momento de aferição das faturas (glosa), seja constatado valor superior ao praticado no mercado, por força do Acórdão nº 3.016/2012-Plenário/TCU.
- 8.15. Na hipótese do item anterior será adotada a regra de preço para “medicamentos de preço livre”.
- 8.16. Referencial para cobrança de medicamentos:
- 8.16.1. Xylocaína líquida: será cobrada por ml;
- 8.16.2. Xylocaína gel: será cobrada em gramas, sendo a sondagem vesical feminina = 10 (dez) gr e a sondagem vesical masculina = 20 (vinte) gr; e
- 8.16.3. Dersani: será cobrado 20 (vinte) ml por lesão, somente com prescrição.
- 8.16.3.1. Observação: mediante justificativa médica, os fracionamentos, poderão ser reavaliados durante auditoria, os mesmos estarão submetidos às normas da ANVISA e ANS.
- 8.17. Os materiais serão pagos conforme estabelecido no **Anexo T** do Edital de Credenciamento 01/2024.
- 8.18. Não será pago coleta de exames por serviços terceirizados.
- 8.19. Não serão cobertos pelo plano Equipamento (s) extra (s) ou reserva (s), apenas o necessário para o atendimento ao cliente.
- 8.20. Os materiais de punção deverão ser justificados quando utilizado em quantidade superior ao indicado.
- 8.21. Estão inclusos, na locação dos equipamentos respiradores, a aquisição e troca de

materiais descartáveis vinculados ao uso (ex. circuitos, traqueias, tubos, filtros etc.).

8.22. Os honorários de admissão e da alta do paciente deverão estar registrados. Na falta deste implicará o não pagamento da taxa de diária.

8.23. Os curativos serão pagos mediante prescrição médica e/ou do enfermeiro e descrição da enfermagem.

8.24. As luvas de procedimento serão pagos no máximo 5 (cinco) pares, a cada 24 horas para as demais modalidades de Atendimento Domiciliar. Luva estéril somente para procedimento invasivo e asséptico.

8.25. As torneirinhas serão pagas somente em caso de infusão contínua e múltiplas medicações, não serão cobertas quando estiverem cobrando juntamente com equipo com injetor lateral.

8.26. Sonda vesical de demora será paga somente com prescrição médica e checagem da enfermagem. Em caso de troca deverá ser justificada.

9. MATERIAIS DESCARTÁVEIS NÃO COBERTOS PELO FUSEx:

Abaixador de língua.
Absorvente Higiênico.
Aconchego.
Água oxigenada.
Algodão.
Aparelho para barbear/tricotomia.
Aquecedor e manta térmica.
Assento sanitário.
Bacia plástica.
Bandagens terapêuticas.
<i>Band-aid.</i>
Blusas descartáveis.
Bolsa de água quente.
Borracha para aspirador.
Cadeira de apoio para banho.
Cânula de Guedel.
Cinta lombar.
Colar cervical.

Colchão.
Colete lombar.
<i>Combi-red</i> (tampa para soro).
Compressa cirúrgica.
Conecção para aspiração, bomba e pressão.
Conector.
Copo descartável.
Cotonete.
Creme dental.
Dermoidini, Gehm-Hand, Esterilderm, Álcool Iodado.
Dispositivo anti-trombolítico.
Escova de degermação.
Escova de dente.
Escova para assepsia das mãos.
Esponja para banho.
Estabilizador de tornozelo.
Éter benzina e tintura de iodo.
Faixa elástica pós-operatória.
Filtro para leucócitos, hemácias e plaquetas.
Filtro respirador.
<i>Fiso-Hex</i> , povidine.
Fixador de tubo traqueal.
Fixador externo.
Formol.
Fraldas descartáveis.
Frascos para exame.
Gaze radiopaca.
Gesso sintético.

Gorro, máscaras, propés, aventais, capotes e calças.
Imobilizador.
Lâmina para tricotomia.
Látex extensor de O2.
Lençol descartável.
Manta.
Manteiga de cacau.
Máscara laríngea.
Meia elástica.
Meia, cinta, atadura e calça elástica.
Micro por espaçador.
Muletas.
Odorizador de ambiente.
Pasta gel.
Pijama descartável.
Plug adaptador macho.
Sabonete.
Sensor para oxímetro.
Soluções degermantes e antissépticas.
Tapoin.
Termômetros.
Tipóias.
Toalha descartável.

10. DETERMINAÇÕES SOBRE TROCA DE ARTIGOS UTILIZADOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR.

10.1. As determinações das trocas de artigos são baseadas nas recomendações dos fabricantes e da literatura científica referenciada abaixo:

10.1.1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas para

Prevenção de Infecção Relacionada á Saúde. Brasília, 2017.

10.1.2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 63 de julho de 2000, que dispõe sobre os requisitos mínimos para terapia nutricional enteral. Brasília, 2000.

10.1.3. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 337, de 14 abril de 1999. Aprova o Regulamento Técnico para Terapia Nutricional. Diário Oficial da União da Republica Federativa do Brasil, Brasília, 14 de abril de 1999.

10.1.4. UNAMUNO MRDL&MARCHINI JS. Sonda nasogástrica/nasoentérica: cuidados na instalação, na administração da dieta e prevenção de complicações. Medicina, Ribeirão, 35:95-101, jan/mar.2002.

10.2. **ÁGUA DESTILADA PARA RESPIRADORES:** será pago 01 (um) frasco de 500 (quinhentos) ml por dia, para vidro de umidificador 250 (duzentos e cinquenta) ml e, em caso de micronebulização, 01 (uma) ampola por sessão.

10.3. **ASPIRAÇÃO TRAQUEAL:** serão pagos 01 (uma) sonda, 01 (um) par de luvas de plástico e 01 (um) soro fisiológico ou água bidestilada de 10 (dez) ml por aspiração, até 06 (seis) por dia.

10.4. **ATADURA DE CREPON:** será paga somente quando houver indicação. Não será coberto em caso de contenção no leito.

10.5. **BOLSA COLETORA DE URINA SISTEMA FECHADO:** será paga mediante a prescrição de sondagem vesical de demora. Sua troca terá que ter justificativa.

10.6. **BOLSA DE COLOSTOMIA CARAYA:** será paga uma a cada 07 (sete) dias, e em caso justificado pelo enfermeiro.

10.7. **BOLSA DE COLOSTOMIA PLÁSTICA:** 03 (três) por dia.

10.8. **CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA:** será paga 01 (uma) por traqueostomia. Troca somente em caso de obstrução ou se o balão furar. A descrição deverá estar registrada em prontuário. A embalagem deverá ser anexada.

10.9. **CATETER DE OXIGÊNIO:** será pago 01 (um) por internação.

10.10. **CATETER HEPARINIZADO OU SALINIZADO:** somente com prescrição. Pagar 01 (uma) seringa de 10 (dez) ml, 01 (uma) agulha de 25/07 e 01 (uma) ampola de SF com 0.2 ml de heparina.

10.11. **EQUIPOS:** infusão NPT e QT. O pagamento será para cada troca de esquema.

10.12. **EQUIPO INFUSÃO DE DROGAS FOTOSSENSÍVEIS:** o pagamento será por droga/soro aplicada/dia utilizado.

10.13. **JELCOS E SCALPS:** será pago 01 (um) a cada 03 (três) dias. Quando necessitar de uma quantidade maior, terá que ser justificado.

10.14. **LUVA ESTÉRIL:** será paga somente para procedimento estéril.

10.15. **SONDA NASOENTÉRICA:** será paga uma por internação. Sua troca será autorizada em caso de internação prolongada por mais de 90 (noventa) dias ou com justificativa ou do enfermeiro. Sua embalagem deverá estar anexada em prontuário.

10.16. **TUBO TRAQUEAL DESCARTÁVEL:** pagamento integral.

10.17. **EQUIPO (MACROGOTAS, MICROGOTAS), EXTENSOR E TREE-WAY (TORNEIRINHA) PARA INFUSÃO ENDOVENOSA:** o pagamento será a cada 72 horas, podendo haver troca com intervalo menor se houver contaminação, mediante relatório do enfermeiro ou médico.

10.18. **EQUIPO PARA INFUSÃO DE DIETA ENTERAL:** o equipo poderá ser utilizado para infusão de dieta e hidratação. O pagamento será a cada 24 horas, podendo ser utilizado até 72 horas em casos excepcionais, mediante justificativa. Após o uso, é recomendado lavar o equipo e deixá-lo por até 30 min em solução com hipoclorito de sódio (água sanitária) e enxaguar. A solução é preparada misturando uma colher de sopa (8ml) de hipoclorito de sódio em 1 litro de água que poderá ser utilizada durante 24hs.

10.19. **FRASCO PARA ADMINISTRAÇÃO DE DIETA:** o frasco poderá ser utilizado para infusão de dieta e hidratação. O pagamento será a cada 24 horas, podendo ser utilizado até 72 horas em caso excepcionais, mediante justificativa. Após o uso, é recomendado lavar o equipo e deixá-lo por até 30 min em solução com hipoclorito de sódio (água sanitária) e enxaguar após. A solução é preparada misturando uma colher de sopa (8ml) de hipoclorito de sódio em 1 litro de água que poderá ser utilizada durante 24hs.

10.20. **SERINGA DE 60 ML e 20 ML:** para lavar sondas enterais e administração de medicamentos. Será paga 1 (uma) a cada 7 dias e a periodicidade para pediatria será 5 dias. Fazer desinfecção diária. A solução é preparada misturando uma colher de sopa (8ml) de hipoclorito de sódio em 1 litro de água que poderá ser utilizada durante 24hs.

10.21. **SONDA VESICAL DE DEMORA:** será paga em caso de obstrução, contaminação ou mau funcionamento. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Evitar manipulação e descontinuidade do circuito.

10.22. **SONDA NASOGÁSTRICA/ENTÉRICA:** será paga em caso de obstrução, contaminação e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou médico. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

10.23. **GASTROSTOMIA E MICKEY:** será paga em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou médico e justificativa. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

10.24. **GASTROSTOMIA TEMPORÁRIA (SONDA FOLEY):** será pago em caso de obstrução, exteriorização e mau funcionamento, mediante relatório do enfermeiro ou médico e justificativa. Não existe recomendação na literatura para a troca rotineira. Lavar a sonda com 40-60ml de água filtrada, após administração de dieta e/ou medicação.

10.25. COLETOR PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA: será pago 01 (um) por dia. Deverá ser feita higienização rigorosa da glândula. Atentar para retornar o prepúcio para posição anatômica.

10.26. FRASCO DE COLETOR URINÁRIO: será pago 01 (um) a cada 07 dias. Fazer desinfecção diária com solução de hipoclorito de sódio (água sanitária). A solução é preparada misturando uma colher de sopa (8ml) de hipoclorito de sódio em 1 litro de água que poderá ser utilizada durante 24hs.