

MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOMICILIAR

PLANSERV



PRESTADOR CREDENCIADO

*APSD I · APSD II · APSD III · APSD
REABILITAÇÃO*



Governador Do Estado
JERÔNIMO RODRIGUES SOUZA

Secretário da Administração
RODRIGO PIMENTEL DE SOUZA LIMA

REALIZAÇÃO

Coordenador Geral
LUIZ EDUARDO BARRETO PEREZ

Coordenadora adjunta
LARISSA GUERRA DA SILVA

Coordenação de Gestão de Projetos De Saúde

Coordenação
MARIA BEATRIZ FAUAZE

Execução
FÁBIO NUNES OLIVEIRA

Revisão
ALICE DE ANDRADE SANTOS
DANIEL ALBUQUERQUE
RITTA DE CÁSSIA DA SILVA FERREIRA SANTOS

Assessoria Técnico-Administrativa
NÚBIA LINO DE OLIVEIRA

BAHIA Secretaria da Administração
Manual de Normas Técnicas: Atenção Primária à Saúde Domiciliar. 1ª ed.
Salvador: SAEB/CGPS, 2026.28p.

**1. Elaboração Manual de Normas Técnicas: Atenção
Primária à Saúde Domiciliar. PLANSERV.**

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	4
2. INTRODUÇÃO	5
3. CONCEITUAÇÃO	6
3.1. Principais definições	6
3.2. Distinção das modalidades de atenção domiciliar.....	6
4. OBJETIVOS DA APSD.....	8
5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	9
5.1. Critérios clínicos	9
5.2. Critérios psicossociais	9
5.3. O Planserv NÃO cobre APSD para:.....	9
5.4. Cuidados paliativos na APSD.....	9
5A. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO — MATRIZ CLÍNICO-FUNCIONAL	9
6. PROCEDIMENTO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO	12
7. MODALIDADES DA APSD.....	13
7.1. Quadro comparativo dos pacotes.....	13
7.2. Aspectos comuns a todos os pacotes	13
7.3. Descrição detalhada dos pacotes	14
8. PACOTES DE PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES POR SESSÃO	21
9. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PACOTES	26
9.1. Faturamento	26
9.2. SLA de resposta para autorização.....	26
9.3. Deflator	26
9.4. Bonificação por desempenho	26
9.5. Reavaliação periódica do PTID.....	26
9.6. Critérios de alta.....	27
9.7. Glosa	27
10. TABELA PLANSERV DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOMICILIAR	28

1. APRESENTAÇÃO

Este manual tem por finalidade normatizar a prestação dos serviços de Atenção Primária à Saúde Domiciliar (APSD), modalidade assistencial que incorpora os princípios da Atenção Primária em Saúde ao cuidado domiciliar dos beneficiários do Planserv, promovendo acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado em domicílio.

O documento foi elaborado pela Coordenação de Gestão de Projetos de Saúde (CGPS) e contempla todo o processo operacional desde a captação do beneficiário, a definição do pacote adequado, o faturamento e os critérios de alta.

Este manual observa, como bases normativas, a RDC ANVISA nº 917, de 19 de setembro de 2024 (Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar — que revogou a RDC ANVISA nº 11/2006) e o Manual de Atenção Domiciliar do Planserv (11ª edição, junho de 2026).

2. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde Domiciliar (APSD) possibilita a prestação de cuidados aos beneficiários com impossibilidade ou dificuldade de acesso à rede credenciada e que apresentem quadro clínico compatível com o recebimento de cuidados em seu próprio domicílio, ou ainda agravos de saúde que demandem acompanhamento permanente.

A modalidade viabiliza a condução da demanda clínica pela equipe de referência domiciliar, transitando por todas as complexidades e níveis de atenção, minimizando internações evitáveis e promovendo desospitalizações de forma ágil e segura.

O atendimento domiciliar na APSD está diretamente ligado à humanização do cuidado e à racionalização de custos, uma vez que permite: maior qualidade de vida e dignidade ao beneficiário; aproximação do cuidado ao cotidiano familiar; identificação precoce de agravos; orientação e suporte ao cuidador; e maior adesão ao plano terapêutico.

3. CONCEITUAÇÃO

3.1. Principais definições

Atenção Domiciliar (AD):

Termo guarda-chuva que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio.

Atenção Primária à Saúde Domiciliar (APSD):

Modalidade de assistência domiciliar organizada em quatro pacotes fechados (APSD I, II, III e Reabilitação), que incorpora os princípios da APS ao cuidado no domicílio, com equipe base médico-enfermeiro, PTID, orientação de saúde por telefone e teleconsulta.

Plano Terapêutico Individualizado Domiciliar (PTID):

Documento que reúne o conjunto de medidas, metas e diretrizes que orientam a atuação de todos os profissionais envolvidos na assistência ao beneficiário em domicílio.

Trajectoria clínica:

Padrão de evolução esperada do beneficiário: (A) Reabilitação, (B) Manutenção funcional, (C) Redução da perda funcional progressiva, (D) Cuidados paliativos.

Cuidador:

Pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o beneficiário nas atividades de vida diária (AVD). Identificação obrigatória em todos os pacotes; presença e disponibilidade obrigatórias para admissão nos pacotes APSD II e III.

Alta da APSD:

Encerramento da prestação de serviços por: melhora clínica, óbito, descumprimento de critério de inclusão ou pedido da família/beneficiário. A internação hospitalar NÃO configura alta.

3.2. Distinção das modalidades de atenção domiciliar

Modalidade	Descrição
APSD I / II / III / Reabilitação	Assistência domiciliar longitudinal, sem plantão, com equipe multiprofissional por demanda, PTID e alta por critério clínico.
Intervenção Específica (IE)	Gerenciamentos de enfermagem 1x, 2x, 3x e Especial. Curto prazo, com objetivo terapêutico definido.



Interação Domiciliar (ID)

ID 6h, 12h, 24h sem VM e 24h com VM (Vent Care). Plantão de enfermagem. Maior complexidade; nos regimes 24h e Vent Care equivale à internação domiciliar em tempo integral definida pela RDC ANVISA nº 917/2024.

4. OBJETIVOS DA APSD

- Garantir cuidado longitudinal, integral e coordenado ao beneficiário crônico no domicílio.
- Reduzir internações hospitalares evitáveis e reinternações recorrentes.
- Promover desospitalizações de forma ágil e segura.
- Integrar os princípios da Atenção Primária em Saúde ao cuidado domiciliar.
- Reduzir a judicialização por ausência de fluxo administrativo estruturado para demandas domiciliares pontuais.
- Garantir qualidade de vida, autonomia e dignidade aos beneficiários — incluindo cuidados paliativos.
- Capacitar o cuidador familiar para promover autonomia progressiva no cuidado.

5. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

5.1. Critérios clínicos

- Doença crônica com condição clínica compatível com o cuidado no domicílio.
- Impossibilidade ou dificuldade relevante de deslocamento à rede ambulatorial.
- Risco identificado de agravamento clínico evitável por intervenção domiciliar.
- Ausência de indicação de internação hospitalar imediata.
- Cuidados paliativos: horizonte de vida restrito em até 5 anos, com PPS \leq 70% ou ECOG \geq 2.

5.2. Critérios psicossociais

- Presença de cuidador identificado, capacitado e disponível — obrigatório para APSD II e III.
- Domicílio com suprimento de água potável, energia elétrica, meio de comunicação confiável e acessibilidade para veículos.
- Consentimento e adesão da família ao plano de cuidados, formalizada em Termo de Ciência Familiar.

5.3. O Planserv NÃO cobre APSD para:

- Beneficiários que deambulam e têm acesso à rede ambulatorial sem prejuízo clínico relevante.
- Demandas exclusivas de cuidador, material ou medicamento.
- Demandas de conveniência ou meramente sociais, sem plano terapêutico definido.
- Solicitações realizadas diretamente por familiares ou beneficiários já em domicílio, sem indicação hospitalar.

5.4. Cuidados paliativos na APSD

Os cuidados paliativos são definidos pela OMS como abordagem terapêutica que promove qualidade de vida e alívio do sofrimento a pacientes com doenças que ameaçam a continuidade da vida. Destinados a beneficiários com horizonte de vida restrito em até 5 anos, os cuidados paliativos devem ser introduzidos o mais precocemente possível para evitar terapias desnecessárias, priorizando conforto e qualidade de vida (Manual Planserv 11ª ed., 2026).

5A. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO — MATRIZ CLÍNICO-FUNCIONAL

Conceito. A estratificação de risco classifica o beneficiário elegível em um perfil de complexidade (APSD I, II, III ou Reabilitação), assegurando proporcionalidade entre a intensidade assistencial e o grau de risco clínico-funcional.

Finalidade. Padronizar a alocação do beneficiário no pacote adequado, fundamentar a autorização pela CGPS/Planserv e permitir auditoria objetiva da decisão assistencial.

Instruções de preenchimento. Para cada um dos oito domínios, atribua a pontuação correspondente à condição do beneficiário na captação. Some os pontos para obter o escore total (0 a 24). A classificação é semiquantitativa; a decisão final é técnica, considerando o conjunto clínico, a trajetória esperada e o contexto familiar.

MATRIZ DE RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL — APSD				
Domínio avaliado	0 ponto	1 ponto	2 pontos	3 pontos
Internações hospitalares (12 m)	Nenhuma	1 internação	2 internações	≥ 3 internações
Acionamentos de APH (12 m)	Nenhum	1 acionamento	2 acionamentos	≥ 3 acionamentos
Dependência funcional (Katz/Barthel)	Independente	Dependência leve	Dependência moderada	Dependência importante/total
Risco respiratório	Ausente/baixo	Leve	Moderado	Alto
Risco de broncoaspiração	Ausente	Leve	Moderado	Importante
Oxigenoterapia / suporte ventilatório	Não indicada	Eventual	Noturna ou parcial	Contínua
Cuidador / suporte familiar	Ativo e treinável	Presente e treinável	Presente, suporte parcial	Frágil/sobrecarregado/ausente
Trajétoria clínica esperada	Melhora	Estável	Progressiva	Progressiva avançada / paliativa
≤ 8 · BAIXO · APSD I	9–16 · INTERMEDIÁRIO · APSD II		≥ 17 · ALTO · APSD III	

Interpretação dos resultados e condutas por estrato:

APSD I — Baixo risco (escore ≤ 8) — crônico estável, baixa dependência, boa rede de suporte. Conduta: pacote APSD I; visita médica semestral e de enfermagem bimestral (piso); reavaliação do PTID trimestral; foco em educação do cuidador e prevenção de descompensação.

APSD II — Risco intermediário (escore 9–16) — crônico parcialmente estabilizado, histórico de reinternação ou risco respiratório/nutricional moderado. Conduta: pacote APSD II; visita médica trimestral e de enfermagem a cada 45 dias (piso); contato ativo periódico; reavaliação do PTID bimestral; Zarit Burden Interview obrigatório.

APSD III — Alto risco (escore ≥ 17) — crônico grave/paliativo, dependência importante, internações recorrentes, oxigenoterapia. Conduta: pacote APSD III; visita médica bimestral e de enfermagem mensal

(piso); monitoramento ativo programado; reavaliação do PTID mensal; junta paliativa trimestral quando $PPS \leq 50\%$.

APSD Reabilitação — Classificação independente — não utiliza o escore. Evento agudo reversível (pós-AVC subagudo, pós-artroplastia, pós-fratura de fêmur) com potencial funcional documentado (Barthel/MIF). Prazo máximo de 6 meses, improrrogável.

Periodicidade de reavaliação. O escore é reavaliado a cada reavaliação periódica do PTID (APSD I: trimestral; APSD II: bimestral; APSD III/Paliativo: mensal) e sempre após internação hospitalar, acionamento de APH com mudança de quadro ou alteração funcional relevante.

Critérios para mudança de categoria. A migração de pacote ocorre quando o novo escore cruza a faixa de corte em reavaliação documentada. O escalonamento exige justificativa técnica e aprovação prévia da CGPS/Planserv; o desescalonamento é incentivado e registrado no PTID. Piora clínica aguda direciona o caso para APH, rede adequada ou modalidade mais complexa — não para encerramento automático.

Responsabilidades. A aplicação inicial da matriz é do prestador, na captação; a validação e a autorização do pacote são da CGPS/Planserv. As reavaliações periódicas são do prestador, com envio de relatório à CGPS/Planserv nos prazos definidos.

6. PROCEDIMENTO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO

Item	Descrição das Atividades — CGPS/Planserv
1	O beneficiário está em internação hospitalar ou foi atendido por APH com credenciamento de Assistência Domiciliar?
1.1	SIM — Recebe do Serviço Social do hospital ou da APH a solicitação com o quadro clínico atual, prescrição de necessidades terapêuticas e relatório médico.
1.2	NÃO — Solicitação não possui cobertura exceto para casos atendidos por APH com SAD credenciado.
2	Análise de elegibilidade pela CGPS/Planserv: critérios clínicos e psicossociais verificados.
2.1	Não elegível — a CGPS/Planserv emite negativa fundamentada e encerra o processo.
2.2	Elegível — Encaminha para o SAD credenciado conforme sistema de rodízio. Aguarda posição em até 48 horas.
3	O SAD aceita a solicitação? Não — encaminha para próximo SAD no rodízio. Sim — recebe a proposta de PTID com composição e custo mensal.
4	A CGPS/Planserv analisa a proposta, solicita correções se necessário e autoriza no Sistema Planserv com o pacote adequado (APSD I, II, III ou Reabilitação).
5	SAD implanta o serviço e confirma a captação no Sistema Planserv em até 24 horas da autorização.

OBS: Nos casos urgentes ou graves, o SAD tem permissão para acolher o beneficiário imediatamente, sem autorização prévia, encaminhando o formulário de Admissão em até 24 horas.

OBS: As avaliações realizadas no domicílio ou em hospital credenciado deverão ser conduzidas por auditoria concorrente, subsidiadas pela Matriz de Risco Clínico-Funcional preenchida e pelas tabelas ABEMID e ENEAD. Quando a avaliação for realizada pela empresa credenciada (prestador), aplicam-se as mesmas exigências de preenchimento e subsídio.

7. MODALIDADES DA APSD

7.1. Quadro comparativo dos pacotes

Pacote	Valor/mês	Visita Médica	Visita Enfermagem	Equipe Multiprofissional
APSD I	R\$ 600,00	Semestral	Bimestral	Conforme necessidade clínica e metas estabelecidas no PTID
APSD II	R\$ 800,00	Trimestral	A cada 45 dias	Conforme necessidade clínica e metas estabelecidas no PTID
APSD III	R\$ 1.000,00	Bimestral	Mensal	Conforme necessidade clínica e metas estabelecidas no PTID
APSD Reab	R\$ 1.800,00	Mensal	Mensal	Fisio: ≥5x/sem Fono: ≥3x/sem Metas rígidas Máx. 6 meses

7.2. Aspectos comuns a todos os pacotes

- Equipe base obrigatória: médico + enfermeiro em todos os pacotes.
- Orientação de saúde por telefone disponível 24h/7d — inclusa em todos os pacotes.
- Teleconsulta médica, de enfermagem, nutricional, psicológica e de assistência social — regulamentada pela CFM 2.314/2022. Fisioterapia e fonoaudiologia: presenciais obrigatórias.
- APH e remoções de urgência/desospitalização: inclusos em todos os pacotes.
- PTID com metas por afecção e trajetória clínica definida.
- Alta por critério clínico — não por prazo calendário (exceto APSD Reabilitação: máximo 6 meses, improrrogável).

7.3. Descrição detalhada dos pacotes

APSD I — ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOMICILIAR — NÍVEL I (LEVE)			
Procedimento	APSD I — Crônico Leve	Código VR 60.03.001-0	Valor R\$ 600,00 / mês
ROTINA DOMICILIAR			
Visita médica de rotina	Semestral ou quando necessário. Teleconsulta médica admissível para visitas de rotina, conforme CFM 2.314/2022.		
Visita de enfermagem	Bimestral ou quando necessário. Gestão do plano de cuidados e educação do cuidador.		
Equipe multidisciplinar	Fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional e assistência social — conforme necessidade clínica e metas estabelecidas no PTID. Presencial obrigatório para fisioterapia e fonoaudiologia.		
Orientação de saúde por telefone	Disponível 24 horas/dia, 7 dias/semana. Triagem de queixas, orientações de manejo domiciliar, medidas de suporte e regulação do uso da APH.		
Teleconsulta	Médica, de enfermagem, nutricional, psicológica e de assistente social — regulamentada pela CFM 2.314/2022 e COFEN. Inclui prescrição de medicamentos quando clinicamente indicada.		
Atendimento de intercorrências	24 horas/dia, 7 dias/semana, com APH ou equipe de referência de cuidado, cumprindo SLAs contratuais.		
Remoções	Para hospitalizações de urgência e desospitalizações, conforme área de abrangência definida em contrato.		
PTID	Plano Terapêutico Individualizado Domiciliar com metas por afecção, revisado trimestralmente.		
Monitoramento domiciliar de parâmetros vitais	PA, SpO ₂ , FC e glicemia capilar — pelo cuidador treinado ou pelo profissional durante a visita presencial, com registro em prontuário.		
INDICAÇÃO			
Idoso frágil pós-alta estável, com dificuldade de deslocamento à rede ambulatorial.			
DPOC leve a moderado sem insuficiência respiratória grave.			
Insuficiência cardíaca compensada com risco de descompensação.			
Sequela neurológica leve com limitação funcional.			
Beneficiário crônico frágil com deficit funcional para ambulatório, mais: <i>DPOC leve a moderado sem insuficiência respiratória; insuficiência cardíaca compensada (NYHA I–II); sequela leve de AVC com boa recuperação; idoso frágil pós-alta estável.</i>			
ITENS INCLUÍDOS			
• Serviços profissionais listados na rotina domiciliar.			

- Orientação de saúde por telefone 24h/7d.
- Teleconsulta para profissionais autorizados (exceto fisioterapeuta e fonoaudiólogo).
- APH e remoções de urgência/desospitalização.
- PTID com reavaliação trimestral.

ITENS EXCLUÍDOS

- Todos os materiais de uso contínuo.
- Todos os equipamentos (exceto oxigenoterapia e BIPAP quando autorizados separadamente).
- Todos os medicamentos (exceto os prescritos em teleconsulta, dentro dos limites do pacote).
- Medicamentos de alto custo e antibióticos parenterais.
- Dietas enterais, suplementos nutricionais, sondas e cânulas.
- Cuidador em qualquer modalidade ou turno.
- Plantão de técnico de enfermagem.
- Remoções eletivas.
- Intervenção Específica (IE), tratamento de lesões por pressão e pacotes de procedimentos.

ITENS COMPLEMENTARES (Demandam autorização prévia)

- Oxigenoterapia domiciliar — concentrador de oxigênio (inclui cilindro de backup e insumos) — código 60.03.010-0 — R\$ 300,00/mês.
- BIPAP domiciliar — código 60.03.012-0 — R\$ 1.000,00/mês — com critérios gasométricos ($\text{PaCO}_2 > 52$ mmHg).
- Troca de gastrostomia — códs. 60.03.026-3 (Tipo Y), 60.03.027-3 (Kangaroo) e 60.03.028-3 (Mic Key), alçada auditoria.
- Pacotes de procedimentos por sessão (sondagens, GTT, TQT) — Cap. de procedimentos.
- Visita de especialista, desde que indicada pelo médico visitador.

APSD II — ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOMICILIAR — NÍVEL II (MODERADO)			
Procedimento	APSD II — Crônico Moderado	Código VR 60.03.002-0	Valor R\$ 800,00 / mês
ROTINA DOMICILIAR			
Visita médica de rotina	Trimestral ou quando necessário. Teleconsulta médica admissível para visitas de rotina.		
Visita de enfermagem	A cada 45 dias ou quando necessário. Gestão de caso, SAE e educação do cuidador.		
Equipe multidisciplinar	Fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional e assistência social — conforme necessidade clínica e metas estabelecidas no PTID. Fisioterapia e fonoaudiologia presenciais obrigatórias.		
Orientação de saúde por telefone	Disponível 24 horas/dia, 7 dias/semana. Inclui contato ativo periódico conforme PTID, monitoramento de queixas recorrentes e regulação do uso da APH com base em sinais objetivos.		

Teleconsulta	Médica, de enfermagem, nutricional, psicológica e de assistente social — CFM 2.314/2022 e COFEN. Inclui prescrição de medicamentos quando clinicamente indicada.
Atendimento de intercorrências	24 horas/dia, 7 dias/semana, com APH ou equipe de referência de cuidado, cumprindo SLAs contratuais.
Remoções	Para hospitalizações de urgência e desospitalizações, conforme área de abrangência definida em contrato.
PTID	Plano Terapêutico Individualizado Domiciliar com metas por afecção, revisado bimestralmente.
Monitoramento domiciliar de parâmetros vitais	PA, SpO ₂ , FC e glicemia capilar — pelo cuidador treinado com registro e transmissão à equipe.
Mapeamento da rede de suporte	Obrigatório na captação: classificação familiar, aplicação do Zarit Burden Interview, checklist de capacitação do cuidador.
INDICAÇÃO	
DPOC com exacerbações recorrentes ou insuficiência cardíaca com risco de congestão.	
Pós-alta de paciente idoso frágil com histórico de reinternação.	
Paciente neurológico com disfagia e risco de broncoaspiração.	
Necessidade de fisioterapia respiratória com monitoramento clínico.	
Beneficiário com uma ou mais internações no último ano e/ou acionamentos prévios de APH e dificuldades de referência em rede ambulatorial por déficit funcional <i>Exemplos ilustrativos: DPOC com exacerbações recorrentes; insuficiência cardíaca NYHA III com risco de congestão; diabetes mellitus descompensado com complicações (ex.: pé diabético em acompanhamento); doença renal crônica avançada não dialítica; sequela de AVC com disfagia leve a moderada e risco de broncoaspiração; idoso frágil com histórico de reinternação.</i>	
ITENS INCLUÍDOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Serviços profissionais listados na rotina domiciliar. • Orientação de saúde por telefone 24h/7d com contato ativo periódico. • Teleconsulta para profissionais autorizados. • APH e remoções de urgência/desospitalização. • PTID com reavaliação bimestral. 	
ITENS EXCLUÍDOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Todos os materiais de uso contínuo. • Todos os equipamentos (exceto oxigenoterapia e BIPAP quando autorizados separadamente). • Todos os medicamentos (exceto prescrição em teleconsulta nos limites do pacote). • Medicamentos de alto custo e antibióticos parenterais. • Dietas enterais, suplementos nutricionais, sondas e cânulas. • Cuidador em qualquer modalidade ou turno. • Plantão de técnico de enfermagem. • Remoções eletivas. 	

- Intervenção Específica (IE), tratamento de lesões por pressão e pacotes de procedimentos.

ITENS COMPLEMENTARES (Demandam autorização prévia)

- Oxigenoterapia domiciliar — concentrador de oxigênio (inclui cilindro de backup e insumos) — código 60.03.010-0 — R\$ 300,00/mês.
- BIPAP domiciliar — código 60.03.012-0 — R\$ 1.000,00/mês — com critérios gasométricos.
- Troca de gastrostomia — códs. 60.03.026-3 (Tipo Y), 60.03.027-3 (Kangaroo) e 60.03.028-3 (Mic Key), alçada auditoria.
- Pacotes de procedimentos por sessão (sondagens, GTT, TQT).
- Visita de especialista, desde que indicada pelo médico visitador.

APSD III — ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOMICILIAR — NÍVEL III (GRAVE / PALIATIVO)

Procedimento	APSD III — Crônico Grave / Paliativo	Código VR 60.03.003-0	Valor R\$ 1.000,00 / mês
ROTINA DOMICILIAR			
Visita médica de rotina	Bimestral ou quando necessário. Equipe especializada em palição indicada para PPS ≤ 50%.		
Visita de enfermagem	Mensal ou quando necessário. Elaboração e revisão da SAE. Monitoramento ativo programado.		
Equipe multidisciplinar	Fisioterapia (motora e/ou respiratória), fonoaudiologia (quando sem contra-indicação), nutrição, psicologia, terapia ocupacional, assistência social e Conselheiro Espiritual (linha paliativa) — conforme PTID. Presencial obrigatório para fisio e fono.		
Orientação de saúde por telefone	Ativa e reativa, 24h/7d. Monitoramento ativo programado, contato após cada intercorrência e após cada acionamento de APH. Identificação precoce de sinais de descompensação.		
Teleconsulta	Médica, de enfermagem, nutricional, psicológica e de assistente social — CFM 2.314/2022 e COFEN. Inclui prescrição de medicamentos quando clinicamente indicada.		
Atendimento de intercorrências	24 horas/dia, 7 dias/semana, com APH ou equipe de referência, cumprindo SLAs contratuais.		
Remoções	Para hospitalizações de urgência e desospitalizações, conforme área de abrangência definida em contrato.		
PTID	Plano Terapêutico Individualizado Domiciliar com metas por afecção e trajetória paliativa quando indicado, revisado mensalmente. Junta paliativa trimestral quando PPS ≤ 50%.		

Mapeamento da rede de suporte	Obrigatório: Zarit Burden Interview, plano de educação do cuidador e avaliação de sobrecarga familiar.
INDICAÇÃO	
DPOC grave sem necessidade de ventilação mecânica domiciliar contínua.	
Insuficiência cardíaca avançada com reinternações frequentes.	
Paciente neurológico grave acamado com disfagia importante.	
Beneficiário em cuidados paliativos — horizonte de vida restrito em até 5 anos, PPS \leq 70% ou ECOG \geq 2.	
Alta utilização hospitalar, fragilidade importante, sem critérios para internação domiciliar formal. <i>Exemplos ilustrativos: DPOC grave (GOLD III–IV) sem ventilação mecânica contínua; insuficiência cardíaca avançada (NYHA IV) com reinternações frequentes; demência avançada ou doença de Parkinson avançada com disfagia importante; doenças neurodegenerativas progressivas (ELA, esclerose múltipla avançada); neoplasia em cuidados paliativos (PPS \leq 70% ou ECOG \geq 2); fragilidade avançada com alta utilização hospitalar.</i>	
ITENS INCLUÍDOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Serviços profissionais listados na rotina domiciliar. • Orientação de saúde por telefone ativa e reativa, 24h/7d. • Teleconsulta para profissionais autorizados. • APH e remoções de urgência/desospitalização. • PTID com reavaliação mensal. 	
ITENS EXCLUÍDOS	
• Todos os materiais de uso contínuo.	
• Todos os equipamentos (exceto oxigenoterapia e BIPAP quando autorizados separadamente).	
• Todos os medicamentos (exceto prescrição em teleconsulta nos limites do pacote).	
• Medicamentos de alto custo e antibióticos parenterais.	
• Dietas enterais, suplementos nutricionais, sondas e cânulas.	
• Cuidador em qualquer modalidade ou turno.	
• Plantão de técnico de enfermagem 6h, 12h ou 24h.	
• Remoções eletivas.	
• Intervenção Específica (IE), tratamento de lesões por pressão e pacotes de procedimentos.	
ITENS COMPLEMENTARES (Demandam autorização prévia)	
• Oxigenoterapia domiciliar — concentrador de oxigênio (inclui cilindro de backup e insumos) — código 60.03.010-0 — R\$ 300,00/mês.	
• BIPAP domiciliar — código 60.03.012-0 — R\$ 1.000,00/mês — com critérios gasométricos ($\text{PaCO}_2 > 52$ mmHg).	
• Troca de gastrostomia — códs. 60.03.026-3 (Tipo Y), 60.03.027-3 (Kangaroo) e 60.03.028-3 (Mic Key), alçada auditoria.	
• Pacotes de procedimentos por sessão (sondagens, GTT, TQT).	
• Visita de especialista, desde que indicada pelo médico visitador.	
• Analgesia parenteral em cuidados paliativos — autorização prévia com relatório médico.	

APSD REABILITAÇÃO — ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOMICILIAR — REABILITAÇÃO INTENSIVA — pop(A)			
Procedimento	APSD Reabilitação — pop(A)	Código VR 60.03.004-0	Valor R\$ 1.800,00 / mês — PRAZO MÁXIMO: 6 MESES
ROTINA DOMICILIAR			
Visita médica de rotina	Mensal. Avaliação funcional inicial e final com escala validada (Barthel ou MIF). Teleconsulta admissível para visitas de rotina intermediárias.		
Visita de enfermagem	Mensal ou quando necessário. SAE, educação do cuidador e monitoramento de metas funcionais.		
Fisioterapia motora e/ou respiratória	MÍNIMO 5 sessões presenciais/semana. Presencial obrigatório. Não substituível por teleconsulta. Inclui todos os equipamentos necessários às sessões.		
Fonoaudiologia	MÍNIMO 3 sessões presenciais/semana quando indicada (disfagia). Presencial obrigatório. Contraindicado em estase salivar grave ou aspiração silenciosa maciça.		
Demais profissionais	Nutrição, psicologia e assistência social — conforme PTID e metas funcionais.		
Orientação de saúde por telefone	24h/7d. Contato ativo semanal para monitoramento de metas funcionais. Registro de escalas funcionais periódicas.		
Atendimento de intercorrências	24 horas/dia, 7 dias/semana, com APH ou equipe de referência.		
Remoções	Para hospitalizações de urgência e desospitalizações.		
PTID	Metas rígidas com avaliação funcional no início e ao final de cada período. Prazo máximo de 6 meses, IMPRORROGÁVEL. Alta obrigatória ao atingir plateau funcional ou ao final do período.		
INDICAÇÃO			
Pós-artroplastia total de quadril ou joelho.			
Pós-AVC isquêmico em fase subaguda (1ª semana – 6 meses após o evento).			
Pós-fratura de fêmur com cirurgia.			
Pós-evento agudo potencialmente reversível com escore funcional inicial documentado (Barthel ou MIF) e potencial de recuperação comprovado. <i>Exemplos ilustrativos: pós-AVC isquêmico em fase subaguda (1ª semana–6 meses); pós-artroplastia total de quadril ou joelho; pós-fratura de fêmur operada; pós-trauma com potencial de recuperação funcional; síndrome do imobilismo/descondicionamento recuperável após internação prolongada.</i>			
ITENS INCLuíDOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Serviços profissionais listados na rotina domiciliar. • Fisioterapia presencial mínimo 5x/semana (obrigatório). • Fonoaudiologia presencial mínimo 3x/semana quando indicada. • Orientação de saúde por telefone 24h/7d. 			

- APH e remoções de urgência/desospitalização.

- PTID com metas rígidas e avaliação funcional inicial e final.

ITENS EXCLUÍDOS

- Todos os materiais de uso contínuo.

- Todos os equipamentos.

- Todos os medicamentos.

- Cuidador em qualquer modalidade ou turno.

- Plantão de técnico de enfermagem.

- Remoções eletivas.

- Intervenção Específica (IE) e pacotes de procedimentos.

- PRORROGAÇÃO DO PRAZO DE 6 MESES — sob qualquer hipótese.

ITENS COMPLEMENTARES (Demandam autorização prévia)

- Visita de especialista quando necessária e não prevista nos serviços inclusos.

8. PACOTES DE PROCEDIMENTOS COMPLEMENTARES POR SESSÃO

Os pacotes de procedimentos complementares por sessão são autorizados e faturados separadamente dos pacotes APSD mensais. O valor de cada sessão já inclui todos os custos — profissional responsável, materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs quando aplicável.

SONDAGEM NASOENTÉRICA (SNE)			
Procedimento	Sondagem Nasoentérica	Código VR 60.03.015-3	Valor R\$ 166,02/ sessão
ALÇADA DE AUTORIZAÇÃO			
Automática			
COMPOSIÇÃO DO PACOTE			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro. • Todos os materiais necessários para o procedimento. • Todos os medicamentos necessários para o procedimento. • Todos os equipamentos necessários para o atendimento. • Confirmação de posicionamento por método validado (radiológico ou manométrico) antes da utilização. 			
OBSERVAÇÕES			
<p>Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.</p>			

SONDAGEM VESICAL DE ALÍVIO			
Procedimento	Sondagem Vesical de Alívio	Código VR 60.03.017-3	Valor R\$ 104,61 / sessão
ALCADA DE AUTORIZAÇÃO			
Automática			
COMPOSIÇÃO DO PACOTE			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro. • Todos os materiais necessários para o procedimento. • Todos os medicamentos necessários para o procedimento. • Todos os equipamentos necessários para o atendimento. 			

OBSERVAÇÕES

Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.

SONDAGEM VESICAL DE DEMORA

Procedimento	Sondagem Vesical de Demora	Código VR 60.03.018-3	Valor R\$ 166,02 / sessão
---------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

ALÇADA DE AUTORIZAÇÃO

Automática

COMPOSIÇÃO DO PACOTE

- Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro.
- Todos os materiais necessários para o procedimento.
- Todos os medicamentos necessários para o procedimento.
- Todos os equipamentos necessários para o atendimento.
- Plano de monitoramento com periodicidade de troca definida no PTID.

OBSERVAÇÕES

Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.

TROCA DE GTT — SONDA FOLEY LÁTEX/SILICONE

Procedimento	Troca de GTT — Sonda Foley Látex/Silicone	Código VR 60.03.025-3	Valor R\$ 148,28 / sessão
---------------------	--	----------------------------------	--------------------------------------

ALÇADA DE AUTORIZAÇÃO

Automática

COMPOSIÇÃO DO PACOTE

- Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro.
- Acompanhamento do profissional médico (Cód. 10101020) se necessário.
- Todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários.

OBSERVAÇÕES

Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.

TROCA DE GTT — SONDA DE GASTROSTOMIA TIPO Y DE SILICONE

Procedimento	Troca de GTT — Gastrostomia Tipo Y Silicone	Código VR 60.03.026-3	Valor R\$ 248,47 / sessão
ALÇADA DE AUTORIZAÇÃO			
Auditoria			
COMPOSIÇÃO DO PACOTE			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro. • Acompanhamento do profissional médico (Cód. 10101020) se necessário. • Todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários. 			
OBSERVAÇÕES			
<p>Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.</p>			

TROCA DE GTT — SONDA KANGAROO

Procedimento	Troca de GTT — Sonda Kangaroo	Código VR 60.03.027-3	Valor R\$ 1.072,18 / sessão
ALÇADA DE AUTORIZAÇÃO			
Auditoria			
COMPOSIÇÃO DO PACOTE			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro. • Acompanhamento do profissional médico (Cód. 10101020) se necessário. • Todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários. 			
OBSERVAÇÕES			
<p>Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.</p>			

TROCA DE GTT — SONDA MIC KEY			
Procedimento	Troca de GTT — Sonda Mic Key	Código VR 60.03.028-3	Valor R\$ 1.732,85 / sessão
ALÇADA DE AUTORIZAÇÃO			
Auditoria			
COMPOSIÇÃO DO PACOTE			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro. • Acompanhamento do profissional médico (Cód. 10101020) se necessário. • Todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários. 			
OBSERVAÇÕES			
<p>Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.</p>			

TROCA DE TQT — CÂNULA METÁLICA			
Procedimento	Troca de TQT — Cânula Metálica	Código VR 60.03.035-3	Valor R\$ 852,76 / sessão
ALÇADA DE AUTORIZAÇÃO			
Auditoria			
COMPOSIÇÃO DO PACOTE			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização e acompanhamento pelo profissional médico especialista (Cód. 22200086). • Todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários. • Relatório pós-procedimento obrigatório: tipo e número da cânula, condições do estoma, próxima troca. 			
OBSERVAÇÕES			
<p>Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.</p>			

TROCA DE TQT — PORTEX			
Procedimento	Troca de TQT — Portex	Código VR 60.03.036-3	Valor R\$ 1.138,83 / sessão
ALÇADA DE AUTORIZAÇÃO			
Auditoria			
COMPOSIÇÃO DO PACOTE			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização e acompanhamento pelo profissional médico especialista (Cód. 22200086). • Todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários. • Relatório pós-procedimento obrigatório. 			
OBSERVAÇÕES			
<p>Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.</p>			

TROCA DE TQT — SHILEY LPC			
Procedimento	Troca de TQT — Shiley LPC	Código VR 60.03.037-3	Valor R\$ 1.297,75 / sessão
ALÇADA DE AUTORIZAÇÃO			
Auditoria			
COMPOSIÇÃO DO PACOTE			
<ul style="list-style-type: none"> • Realização e acompanhamento pelo profissional médico especialista (Cód. 22200086). • Todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários. • Relatório pós-procedimento obrigatório. 			
OBSERVAÇÕES			
<p>Não será autorizada nenhuma cobrança de valores adicionais como complementação dos custos do procedimento, exceto os itens listados como não inclusos no pacote. Os itens não inclusos deverão ser faturados adicionalmente ao pacote conforme contrato vigente.</p>			

9. ORIENTAÇÕES E ASPECTOS COMUNS A TODOS OS PACOTES

9.1. Faturamento

- Atendimento em até 15 dias de utilização no mês: remuneração de 50% do valor do pacote.
- A partir de 16 dias de utilização no mês: remuneração de 100% do valor do pacote.
- Internação hospitalar intercorrente: o pacote é mantido. Quando o beneficiário retorna ao domicílio no mesmo mês, remunera-se conforme a regra acima.
- Procedimentos por sessão: cobrados em conta separada, não acumulando com o valor do pacote mensal.

9.2. SLA de resposta para autorização

- Alçada automática (SNE, SVA, SVD, GTT-Foley): processamento automático pelo sistema.
- Alçada auditoria (GTT-Y, Kangaroo, Mic Key; TQT-Metálica, Portex, Shiley): análise técnica prévia pela CGPS/Planserv em até 24h para urgências e 48h para solicitações eletivas.

9.3. Deflator

Quando o prestador não atingir a meta do indicador de Taxa de Ida ao Pronto Atendimento (meta: $\leq 20\%$) por três meses consecutivos do trimestre, o pacote será remunerado com deflator. Em situações excepcionais documentadas (surto epidêmico, eventos de saúde pública), o prestador poderá apresentar justificativa técnica à CGPS/Planserv para revisão da aplicação do deflator.

9.4. Bonificação por desempenho

- Taxa de Ida ao PA $\leq 20\%$: bonificação de R\$ 1,05 por beneficiário/mês.
- Taxa de Internações Clínicas evitáveis (exceto eletivas) $\leq 3,5\%$: bonificação de R\$ 2,00 por beneficiário/mês.

Bonificação faturada no mês subsequente à apuração, após análise e aprovação pela CGPS/Planserv.

9.5. Reavaliação periódica do PTID

- APSD I: reavaliação trimestral com envio de relatório à CGPS/Planserv.
- APSD II: reavaliação bimestral com envio de relatório à CGPS/Planserv.
- APSD III / Paliativo: reavaliação mensal com envio de relatório à CGPS/Planserv. Junta paliativa trimestral quando PPS $\leq 50\%$.
- APSD Reabilitação: avaliação funcional (Barthel ou MIF) ao início e ao final. Alta obrigatória em 6 meses.

O prestador realizará repasse mensal junto à CGPS/Planserv para discussão dos casos ativos, revisão de indicadores e domínio dos casos.

9.6. Critérios de alta

- Melhora clínica — beneficiário com condição compatível com seguimento ambulatorial.
- Óbito.
- Descumprimento de qualquer critério de inclusão.
- A pedido da família ou do próprio beneficiário.
- APSD Reabilitação: término do prazo máximo de 6 meses ou atingimento de plateau funcional, o que ocorrer primeiro.

A internação hospitalar intercorrente NÃO configura alta. O SAD notificará a CGPS/Planserv da alta em até 24 horas pelo Sistema Planserv, com Relatório de Alta.

9.7. Glosa

- Cobrança de itens não previstos no pacote autorizado.
- Cobrança de procedimentos de alçada auditoria sem autorização prévia.
- Cobrança de teleconsultas sem registro em prontuário eletrônico.
- Cobrança de exames fora do painel laboratorial sem autorização prévia.
- Cobrança de remoção eletiva sem autorização.

10. TABELA PLANSERV DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOMICILIAR

Código	Denominação	Valor/mês	Periodicidade	Composição
60.03.001-0	APSD I	R\$ 600,00	Longitudinal	Médico semestral · Enfermeiro bimestral · Multi por demanda · Tel. 24h · APH
60.03.002-0	APSD II	R\$ 800,00	Longitudinal	Médico trimestral · Enfermeiro 45/45d · Multi por demanda · Tel. 24h · APH
60.03.003-0	APSD III	R\$ 1.000,00	Longitudinal	Médico bimestral · Enfermeiro mensal · Multi por demanda · Tel. 24h · APH
60.03.004-0	APSD Reab	R\$ 1.800,00	Máx. 6 meses	Fisio ≥5x/sem · Fono ≥3x/sem · Médico mensal · Enfermeiro mensal · PTID rígido
60.03.015-3	Sondagem Nasoentérica	R\$ 166,02	Sessão	Realização e acompanhamento de passagem de sonda nasoentérica pelo profissional enfermeiro (inclui materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o procedimento).
60.03.017-3	Sondagem Vesical de Alívio	R\$ 104,61	Sessão	Realização e acompanhamento de passagem de Sondagem Vesical de Alívio pelo profissional enfermeiro (inclui materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o procedimento).
60.03.018-3	Sondagem Vesical de Demora	R\$ 166,02	Sessão	Realização e acompanhamento de passagem de Sondagem Vesical de Demora pelo profissional enfermeiro (inclui materiais, medicamentos e equipamentos necessários para o procedimento).
60.03.025-3	Troca de GTT — Sonda Foley Látex/Silicone	R\$ 148,28	Sessão	Realização e acompanhamento de passagem de Sondagem Vesical de Demora pelo profissional enfermeiro (inclui todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários).
60.03.026-3	Troca de GTT — Gastrostomia Tipo Y Silicone	R\$ 248,47	Sessão	Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro. Acompanhamento do profissional médico (Cód. 10101020) se necessário (inclui todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários).
60.03.027-3	Troca de GTT — Sonda Kangaroo	R\$ 1.072,18	Sessão	Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro. Acompanhamento do profissional médico (Cód. 10101020) se necessário (inclui todos os materiais,

Código	Denominação	Valor/mês	Periodicidade	Composição
				medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários).
60.03.028-3	Troca de GTT — Sonda Mic Key	R\$ 1.732,85	Sessão	Realização e acompanhamento pelo profissional enfermeiro. Acompanhamento do profissional médico (Cód. 10101020) se necessário (inclui todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários).
60.03.035-3	Troca de TQT — Cânula Metálica	R\$ 852,76	Sessão	Realização e acompanhamento pelo profissional médico especialista (Cód. 22200086) (inclui todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários). Relatório pós-procedimento obrigatório: tipo e número da cânula, condições do estoma, próxima troca
60.03.036-3	Troca de TQT — Portex	R\$ 1.138,83	Sessão	Realização e acompanhamento pelo profissional médico especialista (Cód. 22200086) (inclui todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários). Relatório pós-procedimento obrigatório
60.03.037-3	Troca de TQT — Shiley LPC	R\$ 1.297,75	Sessão	Realização e acompanhamento pelo profissional médico especialista (Cód. 22200086) (inclui todos os materiais, medicamentos, equipamentos e OPMEs necessários). Relatório pós-procedimento obrigatório
60.03.010-0	Oxigênio	R\$ 300,00	Mensal	Concentrador de oxigênio (inclui cilindro de backup e insumos) · autorização prévia · reavaliação a cada 90 dias
60.03.012-0	BiPAP (VNI)	R\$ 1.000,00	Mensal	Ventilação não invasiva domiciliar · critérios gasométricos (PaCO ₂ > 52 mmHg) · reavaliação a cada 90 dias