



**MATO
GROSSO
SAÚDE**

CONTE COM A GENTE!

**MANUAL DE
AUDITORIA MÉDICA**

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO

Governador José Pedro Gonçalves Taques

SECRETARIA DE ESTADO DE GESTÃO

Secretário de Estado Júlio Cezar Modesto Santos

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES DO ESTADO

Presidente Carlos Brito de Lima

COORDENADORIA TÉCNICA DA AUDITORIA

Joaquim Martins Spadoni

Marcelo Sepúlveda Magalhães Faria

EQUIPE DE AUDITORIA DE ENFERMAGEM

Disley Lopes Machado

Elyane Jayrla Castro da Costa

Elza Antonia da Costa Filha

Giselle Lira de Arruda Braga

Herbson Proença F. da Silva

Kate Hellen de Souza Correa Nazário

Mariane Carli de Almeida Gimenes

EQUIPE DE AUDITORIA MÉDICA

Alberto Bicudo Salomão

Angela Siquinelli

Larissa Silverio Lima

Maria Auxiliadora Cruz

Rosana de Freitas Salomão

Talitha Vassoler

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
AUDITORIA EM SAÚDE.....	11
AUDITORIA MÉDICA.....	12
AUDITORIA EM ENFERMAGEM.....	13
REGRAS DE AUDITORIA PARA PRONTO ATENDIMENTO (ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA).....	15
REGRAS DE AUDITORIA PARA ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS (ATENDIMENTOS ELETIVOS).....	18
REGRAS DE AUDITORIA PARA DIÁRIA DE ENFERMARIA/APARTAMENTO.....	19
REGRAS DE AUDITORIA PARA DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) ADULTO/ UTI INFANTIL E NEONATAL/ UNIDADE CORONARIANA (UCO) E UNIDADE SEMI-INTENSIVA.....	21
REGRAS DE AUDITORIA PARA USO DE SALA DE CIRURGIA.....	23
REGRAS DE AUDITORIA PARA COBRANÇA DE ISOLAMENTO.....	24
REGRAS DE AUDITORIA PARA USO DE SALA PARA PROCEDIMENTOS SADT, COM PRESENÇA OU NÃO DE ANESTESISTA (DENTRO OU FORA DO BLOCO CIRÚRGICO).....	25
REGRAS DE AUDITORIA PARA CONTAS HOSPITALARES.....	25
REGRAS DE AUDITORIA PARA FONOaudiologia HOSPITALAR.....	27
REGRAS DE AUDITORIA PARA Psicologia HOSPITALAR.....	27
REGRAS DE AUDITORIA PARA FISIOTERAPIA HOSPITALAR.....	27

REGRAS DE AUDITORIA PARA OXIGENOTERAPIA.....	28
REGRAS DE AUDITORIA PARA NUTRIÇÃO HOSPITALAR.....	28
REGRAS DE AUDITORIA PARA COBRANÇA DE HONORÁRIOS MÉDICOS.....	29
REGRAS DE AUDITORIA PARA ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS E DE SÍNTESE (OPMES).....	30
REGRAS DE AUDITORIA PARA SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE).....	31
REGRAS DE AUDITORIA PARA USO DE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA....	33
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXO I - MEDICAÇÕES EM PRONTO ATENDIMENTO.....	42
ANEXO II - MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PARA USO.....	42
ANEXO III - MATERIAIS DE ALTO CUSTO QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PARA USO.....	43
ANEXO IV - ATUAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR JUNTO APACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	43
ANEXO V - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DE ALTO CUSTO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS.....	45
ANEXO VI - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAÇÃO E MATERIAL DE ALTO CUSTO.....	47
ANEXO VII - PROTOCOLO PARA USO DE FIXADORES ESTÉREIS.....	48
III. REFERÊNCIAS.....	49

**APRESENTAÇÃO**

O Instituto de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado - Mato Grosso Saúde, foi criado em 2003, por meio da Lei Complementar nº 127, de 11 de julho de 2003. Trata-se de uma autarquia de personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos e tem por objetivo a prestação de assistência à saúde de qualidade para os servidores públicos do Estado de Mato Grosso, contemplando os ativos, os inativos, os pensionistas, os dependentes e os agregados.

O Plano tem por objetivo possibilitar o acesso dos servidores, seus dependentes e agregados a uma assistência médica de qualidade, para a realização das operações de assistência à saúde, contemplando cobertura de baixa e alta complexidade, por um menor custo.

Tem como visão ser reconhecido pelos usuários e parceiros pela excelência na prestação de serviços de assistência à saúde aos servidores públicos do Estado e ser referência nacional. Para isso, uma das medidas adotadas pela atual gestão é a elaboração do “Manual de Auditoria Médica”.

Este Manual é uma compilação de conhecimentos dos médicos, enfermeiros, técnicos e auditores do Mato Grosso Saúde, em respeito aos seus beneficiários e prestadores, a fim de construir molde de um protocolo de ações, buscando estabelecer normas que norteiam o processo de trabalho de auditoria em busca constante de aprimoramento. Além disso, contribui para assegurar o relacionamento de forma adequada e transparente, no intuito de manter o equilíbrio entre a assistência de saúde prestada, a qualidade dos serviços oferecidos e os recursos disponíveis, gerando regras de auditoria que deverão facilitar o serviço dos profissionais de Saúde, da Instituição e prestadores, otimizando os atendimentos e os processos de faturamento de contas.

Muito já foi feito e muito há para fazer, mas com afino e transparência, os resultados serão frutificados pelo esforço de todos que se empenham para um novo Mato Grosso Saúde.



Carlos Brito de Lima
Presidente do Mato Grosso Saúde

**AUDITORIA EM SAÚDE**

A auditoria pode ser entendida como um conjunto de medidas por meio das quais peritos internos ou externos revisam as atividades operacionais, com a finalidade de medir a qualidade dos serviços prestados. Portanto, fazer auditoria é uma tarefa que requer conhecimentos específicos, imparcialidade e postura ética por parte de quem a executa.

No âmbito das Instituições de Saúde, é importante a uniformidade de critérios e parâmetros para análise de cobranças e melhor compreensão do trabalho da equipe de auditoria. Portanto, espera-se estabelecer uma relação saudável para melhor entendimento, criando parâmetros de análise de contas, evitando pagamentos incorretos e cobranças indevidas, com base na literatura técnica científica e normas internas do Mato Grosso Saúde.

A auditoria pode ser dividida em três fases interdependentes: planejamento, execução e relatório. Seguem algumas classificações habitualmente empregadas para descrever as modalidades de serviços em auditoria:

QUANTO À TEMPORALIDADE:

Regular ou Ordinária – realizada em caráter de rotina, periodicamente, sistematicamente e previamente programada, com vistas à análise e verificação das fases específicas de uma atividade, ação ou serviço.

Especial ou Extraordinária – realizada para atender a apuração de denúncias, indícios, irregularidades ou por determinação de autoridades competentes para verificação de atividade específica.

QUANTO AO TIPO:

Analítica – conjunto de procedimentos especializados que consistem na análise de relatórios, processos e documentos. Tem por objetivo avaliar se os serviços ou sistemas de saúde atendem às normas e padrões previamente definidos.

Auditoria Operativa – consiste na verificação de processos e documentos comparados aos requisitos legais/normativos que regulamentam a Instituição e atividades relativas à área de Saúde através do exame direto dos fatos, documentos e situações.

Auditoria de Gestão - conjunto de atividades que abrangem áreas de controle, fiscalização orçamentária, financeira e contábil, avaliação técnica da atenção à saúde, avaliação de resultados

e comprovação de qualidade, desempenhadas junto aos gestores, conforme requisitos mínimos estabelecidos pela legislação vigente.

Auditoria Contábil – pode ser definida como o levantamento, o estudo e a avaliação sistemática de transações, procedimentos, rotinas e demonstrações contábeis de uma entidade, com o objetivo de fornecer a seus usuários uma opinião imparcial e fundamentada em normas e princípios sobre sua adequação.

QUANTO À FORMA:

Auditoria Interna ou de 1ª parte – executada por auditores habilitados da própria organização auditada.

Auditoria Externa ou de 2ª parte – executada por auditores contratados para verificar as atividades e resultados de uma determinada organização ou sistema.

Auditoria de 3ª parte – avaliação aplicada por uma entidade certificadora.

QUANTO À EXECUÇÃO:

Auditoria Prospectiva ou Auditoria Prévia – com caráter preventivo, procura detectar situações de alarme para evitar problemas.

Auditoria Retrospectiva – visa avaliar resultados e corrigir as falhas (fechamento de contas).

Auditoria Concorrente – acontece durante um fato ou processo para acompanhar a execução das atividades e garantir a qualidade da assistência prestada ao beneficiário.

 **AUDITORIA MÉDICA**

O exercício das atividades de Auditoria Médica deverá ser desenvolvido dentro dos parâmetros da Resolução CFM-1.614/2001. Assim, a auditoria médica constitui importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados; visa à resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços. Neste sentido, ela caracteriza-se como ato médico, pois exige conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO AUDITOR:

Fazer análise dos documentos: fatura; prescrição médica e evolução diária; relatório cirúrgico; boletim de anestesia; exames complementares e solicitações de serviços; número de diárias autorizadas e cobradas;

Acompanhar a evolução clínica, o horário de entrada e a alta hospitalar;

Analisar e autorizar os pedidos de prorrogação via Sistema Eletrônico do Mato Grosso Saúde;

Analisar e autorizar os procedimentos solicitados via Sistema Eletrônico do Mato Grosso Saúde;

Analisar a cobrança de Honorários;

Analisar e autorizar a utilização de OPME;

Analisar e autorizar as solicitações de SADT;

Atentar para a coerência entre diagnóstico, o procedimento proposto e o realizado;

Verificar a compatibilidade do diagnóstico com hospitalização e o tempo de permanência;

Atentar para o número de cirurgias por meio da mesma via de acesso ou vias diferentes;

Analisar e fazer ajustes de cobrança indevida de auxiliares que não participaram da cirurgia;

Analisar e fazer ajustes quando ocorrer cobrança de horários de urgência em cirurgias;

Analisar e fazer ajustes quando ocorrer cobrança de vários procedimentos cirúrgicos numa mesma cirurgia;

Analisar e fazer ajustes quando ocorrer cobrança de vários procedimentos cirúrgicos separados, na existência de código único que contempla todas as cirurgias;

Analisar e verificar se o código de cobrança utilizado é compatível com o procedimento;

Observar acomodações conforme contrato com o prestador;

Analisar e fazer ajustes da manutenção de pacientes internados em UTI sem indicação pertinente (ex: falta de leito nas unidades abertas);

Analisar e relatar quando ocorrer solicitação em excesso de pareceres e acompanhamento por várias especialidades;

Realizar perícia médica quando necessário.

 **AUDITORIA EM ENFERMAGEM**

O exercício da auditoria em enfermagem é assegurado exclusivamente aos profissionais de

Enfermagem de nível superior, conforme Constituição Federal Brasileira em seu Art. 5º, inciso XIII: “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer”.

Conforme o Decreto 94.406/1987, que regulamenta a Lei 7.498/1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências, em seu Art. 8º, alínea “d”, concomitante a Resolução COFEN 266/2001, que aprova as atividades de Enfermeiro Auditor.

Neste sentido, a auditoria em enfermagem reveste-se de grande responsabilidade, quer pela complexidade das análises de contas médico-hospitalar, quer pela vastidão de controles minuciosos e diversificados com que o enfermeiro auditor normalmente se depara, considerando-se que, além dos gastos, avalia-se também a qualidade da assistência prestada aos clientes.

O autor Motta (2003) aponta que a auditoria em enfermagem constitui na avaliação sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente, na análise dos prontuários verificando a compatibilidade entre os itens que compõem a conta e os itens cobrados, garantindo um pagamento justo, e no acompanhamento do cliente in loco, no intuito de verificar a qualidade do atendimento prestado.

SÃO ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO AUDITOR:

Analisar materiais e medicamentos utilizados de acordo com a prescrição médica e prescrição de enfermagem;

Verificar a checagem das medicações de acordo com a legislação vigente;

Verificar evoluções de enfermagem, contendo registro de procedimentos e materiais utilizados na assistência;

Realizar autorização de materiais e medicamentos para curativos;

Orientar a equipe de enfermagem de forma educativa quanto às regras de auditoria, quando necessário;

Garantir a qualidade da assistência prestada aos pacientes;

Acompanhar, avaliar e analisar a correta utilização e cobrança dos recursos despendidos na assistência aos pacientes;

Fornecer parecer técnico quando solicitado;

Avaliar, por meio da análise global de prontuários, se as prescrições coincidem quantitativamente e qualitativamente com o que está sendo utilizado e cobrado durante o período de internação do paciente;

Checar os materiais e medicamentos de alto custo com as guias de autorização, verificando-se a exatidão das informações contidas nas mesmas;

Realizar visitas aos pacientes hospitalizados para acompanhamento dos recursos utilizados na assistência relacionada a materiais, medicamentos, equipamentos, ente outros;

Realizar auditoria concorrente de OPMEs dentro do centro cirúrgico, quando solicitado e autorizado previamente pelo cirurgião responsável;

Realizar auditoria retrospectiva nas contas hospitalares conferindo solicitação/autorização, valor da nota fiscal, taxa de comercialização, descrição dos materiais utilizados em relatório cirúrgico, invólucros;

Registrar em formulários de auditoria próprios da Instituição os OPMEs descritos em relatório cirúrgico, anotando os registros encontrados nos invólucros, que são necessários para realização da rastreabilidade (ANVISA, LOTE E REFERÊNCIA);

Seguir rigorosamente os protocolos e normas instituídos pelo Mato Grosso Saúde;

Estar atualizado buscando acompanhar o avanço tecnológico através de artigos científicos, congressos e treinamentos.

REGRAS DE AUDITORIA PARA PRONTO ATENDIMENTO (ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA)

Informações obrigatórias na guia de solicitação: o prestador deverá solicitar, além da carteira do usuário, um documento oficial com foto. Para continuação do atendimento, deverá constar na solicitação: identificação e idade do beneficiário; data, hora do atendimento e da alta; diagnóstico com quadro clínico do beneficiário e conduta terapêutica.

Todos os procedimentos deverão ser assinados e carimbados pelo médico solicitante, além da assinatura do beneficiário.

Exames complementares: devem ser emitidas solicitações legíveis, com a devida justificativa clínica para análise da auditoria (por exemplo, evitar solicitações como: dor abdominal; dispneia, etc.). Os exames laboratoriais de urgência deverão ter relação com o quadro clínico do beneficiário, de modo a permitir o diagnóstico correto e a conduta terapêutica a ser adotada.

Medicações: serão pagas apenas mediante prescrição médica e checagem da enfermagem, conforme legislação vigente. Serão favoráveis apenas o uso de medicamentos na urgência e emergência conforme contrato pré-firmado. Qualquer outra medicação deverá ser analisada pela auditoria, de acordo com a justificativa médica. A priori, para todo medicamento sem cobertura contratual, serão pagos apenas os insumos usados em sua aplicação.

Cobrança de Procedimentos em P.A.: para todos os atendimentos, incluindo aqueles que finalizem com a internação, a cobrança de procedimentos em pronto atendimento deverá ser feita separadamente.

Taxa de Sala: em caso de mais de um tipo de procedimento realizado, não deverá haver superposição de taxas. Assim, será paga apenas uma taxa de sala, como, por exemplo, para o paciente que realizar uma sutura e uma sondagem vesical.

Taxa de Aplicação de Medicamentos Injetáveis: Não será favorável a cobrança de taxa de aplicação de medicamentos injetáveis para pacientes em observação. Para todo paciente em observação, faz-se necessária a prescrição médica no prontuário, com o período de observação (2h, 4h, 6h, 12h), checagem pela enfermagem e com registro da permanência e avaliação de alta médica.

Taxa de Repouso: A primeira hora de repouso somente será remunerada a partir de 60 minutos de permanência. A partir da segunda hora, o repouso apenas será remunerado quando exceder 30 minutos de permanência.

Acréscimo de Medicamentos ou Taxa de Repouso: quando houver acréscimo de medicamentos ou taxa de repouso, eles deverão ser prescritos logo após a assinatura e o carimbo do médico solicitante. Em hipótese alguma serão aceitas rasuras ou acréscimos sem a devida identificação do profissional que prescreveu.

Não será paga taxa de acompanhante para paciente de ambulatório.

Retirada de Pontos: Para retirada de pontos serão pagos somente os insumos; não será paga nenhuma taxa adicional para esse atendimento (considera-se retirada de pontos como parte do procedimento cirúrgico).

Materiais de Punção/Hidratação Venosa: Os materiais de punção/hidratação venosa, quando cobrados em mais de uma unidade, deverão ser relatados pela equipe de enfermagem e justificados. Por exemplo: 2 dispositivos intravenosos, tipo scalp e abocath; 2 equipos. No caso do dispositivo intravenoso tipo abocath, deverão ser pagos para crianças menores de 5 anos e adultos acima de 60 anos, com uso de soluções acima de 250 ml, conforme ANVISA. Demais casos, somente com justificativa. Materiais tais como: equipo com bureta, torneirinhas e dupla via, serão pagos somente com prescrição médica e justificativa técnica.

Curativos: serão pagos mediante prescrição médica e checagem em relatório de enfermagem. A taxa de curativo (curativo de grande porte) inclui todo material, exceto medicamentos específicos (quando prescritos). Curativos eletivos e/ou seriados deverão ter autorização prévia.

Aerosolterapia: quando prescrita pelo médico, inclui na taxa o uso do ar comprimido, soro fisiológico 0,9%, Bromidrato de Fenoterol, Brometo de Ipatrópio e demais insumos. Serão pagos à parte Dipropionato de Beclometasona, Acetilcisteína e Epinefrina, quando prescritos. Não será pago oxigênio para nebulização, exceto quando for prescrito pelo médico.

Luvas: Serão pagas luvas estéreis somente para procedimentos assépticos. Luvas de procedimentos não serão pagas, uma vez que se trata de Equipamento de Proteção Individual (EPI), conforme a ANVISA.

Procedimento Invasivo: Todo procedimento invasivo deve ser prescrito pelo médico em prontuário e formulário próprio. Somente serão pagos os materiais e medicamentos utilizados de acordo com o relatório médico/cirúrgico, carimbado e assinado pelo mesmo.

Eletrocardiograma: será pago conforme prescrição médica e posterior análise da auditoria de enfermagem, em ambulatório (eletrodos e insumos estão inclusos no valor do exame).

REGRAS DE AUDITORIA PARA ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS (ATENDIMENTOS ELETIVOS)

Para atendimentos ambulatoriais eletivos, é obrigatória a apresentação dos seguintes itens:

Autorização prévia da auditoria;

Justificativa clínica, detalhada e pormenorizada, constando:

Hipótese diagnóstica com sinais e sintomas (e demais dados clínicos) que o justifiquem;

Código(s) do(s) procedimentos(s) conforme ROL atualizado do Mato Grosso Saúde;

Quantidade e lateralidade de procedimentos até o final do tratamento;

Materiais e medicamentos a serem utilizados;

Data, assinatura e carimbo do médico solicitante;

Assinatura do usuário com a data da realização do exame ou procedimento.

Serão considerados válidos apenas os procedimentos solicitados e carimbados pelo médico assistente; assim, é proibido o acréscimo de procedimentos. *Não serão aceitas solicitações incorretamente preenchidas e/ou com rasuras.*

As solicitações de sessões sequenciais, tais como fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, hemodiálise, quimioterapia, hiperbárica e demais, deverão ser obrigatoriamente avaliadas pela equipe de auditoria do Mato Grosso Saúde. Estas serão autorizadas nas seguintes quantidades:

Fisioterapia: 5 sessões (limitada a 10 sessões mensais);

Fonoaudiologia: 12 sessões ao ano;

Psicologia: 12 sessões ao ano;

Hiperbárica: 5 sessões por solicitação, podendo ser realizada perícia a critério da auditoria;

Hemodiálise: seguir o Protocolo de Hemodiálise do convênio.

Casos especiais deverão ter justificativa médica detalhada e previamente autorizada. A qualquer momento, poderá ser realizada perícia médica.

REGRAS DE AUDITORIA PARA DIÁRIA DE ENFERMARIA/APARTAMENTO

ENTENDE-SE POR:

Enfermaria: quarto coletivo para dois ou mais pacientes, telefone, televisão, ar-condicionado, banheiro comum; não contempla acompanhante (exceto os casos previstos pela Lei: maiores de sessenta anos, menores de dezoito anos);

Apartamento: quarto com banheiro privativo, acomodação para acompanhante e alimentação para o acompanhante (três refeições por dia: café da manhã, almoço e jantar), telefone, televisão e ar-condicionado.

Observação: O termo “day-clinic” ou “day-hospital” são expressões americanas que significam “hospital dia”. Nessa modalidade, os pacientes são internados para realizar tratamentos clínicos ou cirúrgicos e recebem alta em até 12 horas. É voltada para a realização de procedimentos de médio e pequeno porte, que demandam, portanto, curta permanência de internação do paciente. Pelas suas características peculiares, a diária “day-clinic” deve ter um valor previamente acordado e o paciente, no curto tempo que permanece na instituição, deve ter acesso a todos os itens considerados parte integrante das diárias de enfermaria ou apartamento.

COMPÕE OS ITENS CONSIDERADOS COMO PARTE INTEGRANTE DO VALOR PAGO POR DIA DE INTERNAÇÃO, INCLUINDO O DIA DA ALTA, EM ENFERMARIA OU APARTAMENTO:

Leito próprio de qualquer tipo ou modelo (berço aquecido, berço comum, incubadora), troca de roupa de banho e cama do paciente (permanente ou descartável) e do acompanhante, em caso de apartamento;

Higienização e desinfecção das dependências;

Alimentação (dieta) do paciente por via oral de acordo com a prescrição médica e de acordo com a idade (NAN®, NESTOGENO®, etc.), bem como a orientação nutricional durante o período de internação e no momento da alta;

Cuidados e procedimentos realizados pela enfermagem, tais como: aplicação de soroterapia ou medicação por qualquer via, enemas, irrigações e lavagens, preparo e instalação de dietas e venoclise, controle de peso, diurese, medidas de débitos, sinais vitais, trocas de fraldas e curativos, aspiração oro-traqueal, oral, sondagem gástrica, nasoenteral e vesical, locomoção do paciente, utilização de utensílios permanentes como, bandejas, cubas e outros materiais permanentes necessários à

realização da técnica, prescrição e anotações de enfermagem;

EPI - Equipamentos de proteção individual descartável ou permanente (NR6, NR9, NR32);

Serviços administrativos, tais como: registros hospitalares, boletim de internação e alta, censo hospitalar, relatórios, resumo de alta, prontuário, fotocópias, encaminhamento de paciente a qualquer serviço para realização de SADT;

Higienização do paciente (tricotomia, higienização ocular, oral, corporal), cuidados de rotina para higienização e curativo de traqueostomia, de cateter de subclávia, de drenagem de tórax, de coto umbilical, de escoriações, de sondas, de dissecação venosa, incisão cirúrgica de qualquer tipo ou tamanho, de cateter duplo lúmen e todo o material e soluções necessários para a realização do procedimento;

Pulseiras de identificação;

Colchão caixa de ovo, qualquer tipo ou modelo;

Preparo do paciente para realização de procedimento cirúrgico e exames de SADT;

Assepsia, antisepsia e desinfecção de equipamentos e materiais;

Preparo do corpo em caso de óbito (inclusive todo material utilizado);

Aspirador elétrico, simples ou a vácuo;

Bomba e seringas de infusão, qualquer tipo ou modelo - exceto casos específicos, que deverão ser submetidos à auditoria prévia;

Conjunto de nebulização/inalação (nebulizador, inalador, máscaras, extensão, reservatório para medicamento), descartável ou não;

Extensão de silicone, látex (prolongamento), fluxômetro e frasco umidificador para oxigenioterapia e aspiração, capacete de Hood, diafragma, circuito e qualquer peça do sistema;

NÃO ESTÃO INCLUSOS NA DIÁRIA DE ENFERMARIA E APARTAMENTO:

Medicamentos;

Materiais descartáveis, exceto os previstos no item anterior;

Dietas especiais (enterais e parenterais);

Órteses, próteses e materiais especiais;

Honorários médicos;

Aparelhos respiradores (CPAP, BIPAP; etc.);

Hemocomponentes e hemoderivados;

SADTs;

Gases medicinais.

REGRAS DE AUDITORIA PARA DIÁRIA DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) ADULTO/ UTI INFANTIL E NEONATAL/ UNIDADE CORONARIANA (UCO) E UNIDADE SEMI-INTENSIVA

COMPÕEM OS ITENS CONSIDERADOS COMO PARTE INTEGRANTE DO VALOR PAGO POR DIA DE INTERNAÇÃO, INCLUINDO O DIA DA ALTA, EM UTI ADULTO / UTI INFANTIL E NEONATAL / UNIDADE CORONARIANA E UNIDADE SEMI-INTENSIVA:

Leito próprio de qualquer tipo ou modelo (berço aquecido, berço comum, incubadora), troca de roupa de banho e cama do paciente (permanente ou descartável) e do acompanhante em casos previstos em lei (UTI Neonatal e Pediátrica);

Alimentação (dieta) do paciente por via oral de acordo com a prescrição médica e de acordo com a idade (NAN®, NESTOGENO®, etc.), bem como a orientação nutricional durante o período de internação e no momento da alta;

Cuidados e procedimentos realizados pela enfermagem, tais como: aplicação de soroterapia ou medicação por qualquer via, enemas, irrigações e lavagens, preparo e instalação de dietas e venoclise, controle de peso, diurese, medidas de débitos, sinais vitais, trocas de fraldas e curativos, aspiração oro-traqueal, oral, sondagem gástrica, nasoenteral e vesical, locomoção do paciente, utilização de utensílios permanentes como bandejas, cubas e outros materiais permanentes necessários à realização da técnica, prescrição e anotações de enfermagem;

EPI - Equipamentos de proteção individual descartável ou permanente (NR6, NR9, NR32);

Serviços administrativos tais, como: registros hospitalares, boletim de internação e alta, censo hospitalar, relatórios, resumo de alta, prontuário, fotocópias, encaminhamento de paciente a qualquer serviço para realização de SADT;

Higienização do paciente (tricotomia, higienização ocular, oral, corporal), cuidados de rotina para higienização e curativo de traqueostomia, de cateter de subclávia, de drenagem de tórax, de coto umbilical, de escoriações, de sondas, de dissecação venosa, incisão cirúrgica de qualquer tipo ou tamanho, de cateter duplo lúmen e todo o material e soluções necessárias para a realização do procedimento;

Pulseiras de identificação;

Colchão caixa de ovo, qualquer tipo ou modelo;

Preparo do paciente para realização de procedimento cirúrgico e exames de SADT;

Assepsia, antisepsia e desinfecção das dependências, equipamentos e materiais;

Uso de equipamentos permanentes do setor, todas as suas depreciações e insumos necessários ao seu funcionamento, como: monitor cardíaco e pressão arterial não invasiva, oxímetro de pulso, desfibrilador/ cardioversor, capnógrafo, aparelho de CPAP, BIPAP, ventilador mecânico/ respirador, incubadora (UTI neonatal) e berço aquecido, conforme disposto na RDC 7;

Fototerapia em UTI neonatal;

Preparo do corpo em caso de óbito (incluso todo material utilizado);

Aspirador elétrico, simples ou a vácuo;

Bomba e seringas de infusão, qualquer tipo ou modelo;

Conjunto de nebulização/ inalação (nebulizador, inalador, máscaras de Venturi, extensão, reservatório para medicamento), descartável ou não;

Extensão de silicone, látex (prolongamento), fluxômetro e frasco umidificador para oxigenoterapia e aspiração, capacete de Hood, diafragma, circuito e qualquer peça do respirador.

NÃO ESTÃO INCLUSOS NA DIÁRIA DE UTI ADULTO/ UTI INFANTIL E NEONATAL/ UNIDADE CORONARIANA E UNIDADE SEMI-INTENSIVA:

Medicamentos;

Materiais descartáveis;

Dietas especiais (enterais e parenterais), sondas e suplementos alimentares;

Órteses, próteses e materiais especiais;

Honorários médicos;

Hemocomponentes e hemoderivados;

SADTs;

Gases medicinais.

REGRAS DE AUDITORIA PARA USO DE SALA DE CIRURGIA

ESTÃO INCLUSOS NA TAXA DE SALA DE CIRURGIA:

Limpeza e desinfecção de sala;

Limpeza, desinfecção e esterilização do instrumental cirúrgico;

Respiradores e capnógrafo (analisador de gases);

Rouparia permanente e descartável, tais como avental cirúrgico, campo cirúrgico (de qualquer tamanho ou modelo), escova para assepsia, gorro, máscara cirúrgica, propé, botas descartáveis ou não;

Aspirador simples e a vácuo, incluindo extensão de látex ou silicone;

Carro de anestesia;

Instrumentos e equipamentos de anestesia e monitoramento não-invasivo do paciente (cardíaco, pressão arterial não-invasiva, etc.), oxímetro de pulso e todas as suas depreciações e insumos necessários ao seu funcionamento;

Desinfecção terminal de sala;

Equipamentos de reanimação cardiopulmonar, disponível para uso emergencial;

Equipamentos permanentes para uso em cirurgia cardíaca e neurocirurgia;

Instalações permanentes, foco luminoso, mesa cirúrgica, mesa para instrumental cirúrgico;

Bombas e seringas de infusão, qualquer tipo ou modelo, em condições específicas;

Preparo do paciente: sondagens, tricotomia e enemas;

Serviço técnico de apoio, como instrumentação cirúrgica, perfusionista, circulante de sala, entre outros, bem como todo o instrumental cirúrgico permanente necessário (caixas e kits diversos, de acordo com a operação planejada);

Cuidados de enfermagem pré e pós-operatório, cuidados e limpeza do RN.

Observação: Reiteramos que, os itens incluídos na taxa de sala cirúrgica não deverão de modo algum ser cobrados à parte.

DEVERÃO SER ANALISADOS PELA AUDITORIA A PRESCRIÇÃO E O RELATÓRIO MÉDICO EM PRONTUÁRIO, OS ITENS NÃO INCLUÍDOS NA COMPOSIÇÃO DAS DIÁRIAS E TAXAS, COMO EQUIPAMENTOS E/OU APARELHOS DE USO EVENTUAL:

Serra elétrica / Cirúrgica;

Trépano;

Taxa de vídeo cirurgia;

Taxa de vídeo diagnóstico;

Microscópio oftálmico, neurológico;

Artroscópio;

Intensificador de imagem;

Gases medicinais: ar comprimido, oxigênio, gás carbônico, óxido nitroso;

Compressas cirúrgicas, quando descartáveis, para procedimentos cirúrgicos abertos e ainda de acordo com o porte da cirurgia.

IMPORTANTE: As solicitações de procedimentos cirúrgicos de urgência deverão estar no Sistema Eletrônico do Mato Grosso Saúde antes da realização do procedimento. Não serão aceitas solicitações retroativas.

As cobranças deverão ser feitas considerando a solicitação com a justificativa médica para os procedimentos cirúrgicos realizados, devidamente assinada e carimbada pelo médico; exames pré-operatórios (se for o caso); ficha de anestesia assinada pelo anestesista; relatório cirúrgico contendo a descrição dos materiais utilizados; invólucros dos materiais utilizados no procedimento, quando existir; e folha de gastos.

REGRAS DE AUDITORIA PARA COBRANÇA DE ISOLAMENTO

Toda solicitação de isolamento deverá passar pela autorização prévia da Auditoria Médica;

Para autorização de isolamento deverá constar solicitação devidamente justificada, emitida pelo médico assistente, registrada em prontuário médico. Deverá conter exames complementares comprobatórios da indicação;

A critério do médico auditor poderá ser solicitado parecer da CCIH (Comissão de Controle de

Infecção Hospitalar) acerca do caso;

Casos de isolamento motivados por causas que não sejam de ordem infecciosa, devem ser justificados por escrito (pelo médico assistente) e submetidos à avaliação prévia do auditor.

REGRAS DE AUDITORIA PARA USO DE SALA PARA PROCEDIMENTOS SADT, COM PRESENÇA OU NÃO DE ANESTESISTA (DENTRO OU FORA DO BLOCO CIRÚRGICO)

Para procedimentos terapêuticos e/ou propedêuticos (por exemplo: endoscopias altas e baixas, broncoscopias, CPRE, etc.), independente da presença ou não de anestesista, será paga taxa referente a porte 0 (ZERO).

REGRAS DE AUDITORIA PARA CONTAS HOSPITALARES

As contas deverão estar completas e em conjunto; não deverão ser aceitas de forma separada, partida ou parcial;

A conta hospitalar, os honorários médicos, os materiais especiais, os serviços auxiliares de diagnóstico e a terapia devem ser analisados em conjunto e de maneira completa;

Os documentos devem estar em ordem cronológica: guias, faturas, diagnóstico(s) e história clínica, descrição(ões) de cirurgia(s) (se houver), boletim(ns) de anestesia(s) - se houver, prescrição médica (incluindo medicações de alto custo, hemoderivados e sessões de hemodiálise previamente autorizadas) e de enfermagem, evolução médica e de enfermagem, prescrição e evolução dos demais membros da equipe multidisciplinar, pareceres de especialidades médicas e exames complementares;

Ressalta-se que, deverão constar **em cada folha de evolução clínica do paciente** as seguintes informações:

1. Identificação: Nome, idade e sexo;
2. Dias de Internação;
3. Diagnósticos (Sindrômico, Anatômico, Etiológico);
4. Condições clínicas do paciente (informações subjetivas e dados de exame físico referentes ao dia de evolução);

5. Conduta Propedêutica e Terapêutica adotada;
6. Data e hora de atendimento.

Documentos em que não constem as informações acima completas, não serão considerados com “evolução”, não sendo, portanto, pago o respectivo honorário.

Os autores de todos os registros no prontuário deverão ser identificados através do nome completo e assinatura do profissional assistente com seu número de inscrição no respectivo conselho de classe. Recomenda-se **SEMPRE USAR O CARIMBO**.

A caligrafia faz parte da ética profissional do médico. As anotações precisam ser legíveis. “É vedado ao médico receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco papeletas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos” (artigo 39 do Código de Ética Médica). Nos prontuários em suporte de papel, é obrigatório a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente (Resolução CFM nº 1.638/02).

Na ocasião do fechamento de contas, devem ser invariavelmente apresentados, juntamente aos demais documentos médicos/hospitalares do paciente, **todas** as guias de evolução e prescrição relativas a serviços prestados por eventuais empresas terceirizadas ao longo da assistência prestada naquela internação (por exemplo: serviço de fisioterapia, fonoaudiologia, etc). Tais registros não poderão ser entregues separadamente, incorrendo, portanto, a glosa dos mesmos em caso de não estarem presentes à análise final da conta.

Não serão revistas pela auditoria deste convênio, contas já auditadas, e que não caibam recurso por descumprimento do Manual de Auditoria Médica.

As contas deverão ser entregues à auditoria médica externa para análise e fechamento impreterivelmente até às 17 horas (horário local) do dia 25 do mês corrente.

As contas deverão ser entregues à auditoria médica externa para análise e fechamento impreterivelmente até o dia 25 do mês corrente.

Na hipótese de recair a data acima em dia não útil, considera-se antecipado o termo final do prazo para o primeiro dia útil imediatamente anterior ao dia 25 do mês corrente.

As contas entregues após esse prazo serão processadas no ciclo seguinte.

As dobras devem ser geradas a cada 10 dias e entregues à auditoria para fechamento;

As solicitações de prorrogações devem ser feitas via Sistema Eletrônico do Mato Grosso Saúde durante a internação do beneficiário, no intuito de serem avaliadas pela auditoria concorrente da Instituição;

Serão aceitas prorrogações via Sistema Eletrônico do Mato Grosso Saúde, considerando como

prazo final 07 (sete) dias úteis após alta hospitalar ou óbito do beneficiário, bem como solicitações de exames. Após esta data, a guia de internação ficará inativa;

Diárias para acompanhantes serão pagas apenas nas condições previstas por lei: para pacientes menores de 18 anos, maiores de 60 anos e portadores de necessidades especiais (PNEs). Outras situações apenas serão pagas se previamente autorizadas pela Auditoria Médica.



REGRAS DE AUDITORIA PARA FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR

De acordo com a fundamentação descrita no ANEXO IV deste manual, a atuação do fonoaudiólogo em ambiente hospitalar será autorizada exclusivamente nas seguintes situações:

- Auxílio terapêutico na decanulação de traqueostomizados;
 - Avaliação quanto à possibilidade de alimentação por via oral;
 - Averiguação do método mais adequado de alimentação;
 - Seleção das consistências da dieta;
 - Especificação dos riscos e precauções durante a alimentação;
 - Avaliação das condições de uso da válvula fonatória.
- Fica estipulado um limite invariável de no máximo uma sessão de fonoaudiologia a cada 48 horas.



REGRAS DE AUDITORIA PARA PSICOLOGIA HOSPITALAR

É destinada exclusivamente para atendimento do paciente internado e não será pago atendimento para familiares ou acompanhantes;

Fica estipulado um limite invariável de, no máximo, duas sessões de psicologia a cada 10 diárias.



REGRAS DE AUDITORIA PARA FISIOTERAPIA HOSPITALAR

As solicitações de sessões de fisioterapia para pacientes internados deverão ser feitas via

Sistema Eletrônico do Mato Grosso Saúde, com as justificativas e a prescrição do médico solicitante, devidamente documentada em prontuário médico, para análise do auditor;

Deverão ser apresentadas as evoluções do fisioterapeuta responsável pelo beneficiário, estando anexas ao prontuário médico e entregues junto à conta hospitalar;

Os pagamentos serão autorizados apenas de acordo com a prescrição médica, avalizada pelo médico auditor;

Fica estipulado um limite invariável de, no máximo, duas sessões de fisioterapia por dia, independente da modalidade (motora, respiratória, etc.).

REGRAS DE AUDITORIA PARA OXIGENOTERAPIA

Quando necessária a realização de oxigenoterapia em beneficiário internado, deverá estar prescrita pelo médico, relatada pela equipe de enfermagem em prontuário e na ficha de controle de consumo, anexa à conta.

Observação: os itens incluídos nas taxas de sala de cirurgia não poderão ser cobrados à parte.

Pagar-se-á o consumo de oxigênio por litro/hora, considerando-se:

Cateter nasal: 3 litros/minuto;

Máscara Venturi e máscara de macronebulização: 7 litros/minuto;

Ventilador mecânico: 15 litros/minuto.

REGRAS DE AUDITORIA PARA NUTRIÇÃO HOSPITALAR

As solicitações de nutrições enterais deverão ser feitas pelo médico assistente ou nutricionista e registradas no prontuário do beneficiário;

A indicação e a prescrição de nutrição parenteral deverão ser realizadas exclusivamente pelo médico;

A prescrição de dietas enterais ou parenterais devem ser registradas diariamente em prontuário médico. Caso não estejam na prescrição médica diária, não serão pagas;

Não serão autorizados suplementos nutricionais orais.

FLUXO PARA SOLICITAÇÃO DE DIETAS ESPECIAIS, ENTERAL E PARENTERAL, AOS PACIENTES EM REGIME DE INTERNAÇÃO:

1. Para toda solicitação, via Sistema Eletrônico do Mato Grosso Saúde, deverão ser anexadas **CÓPIAS DIGITALIZADAS** da avaliação/evolução da nutricionista, além do pedido médico; e todos devidamente assinados e carimbados;

2. Independentemente do horário ou dia (útil, final de semana ou feriados) em que a terapia nutricional foi prescrita e independentemente do caráter de internação (eletiva, urgência/emergência), o uso da terapia nutricional apenas deverá ocorrer após autorização expressa da equipe de auditoria médica;

3. Por sua vez, a equipe de auditoria médica tem o prazo de até 48 horas para auditar a solicitação de terapia nutricional - após estar devidamente inserida no sistema eletrônico do Mato Grosso Saúde.

REGRAS DE AUDITORIA PARA COBRANÇA DE HONORÁRIOS MÉDICOS

Conforme a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, os honorários das visitas médicas em pós-operatório estão inclusos até o 10º dia de pós-operatório do paciente;

Para receber os honorários de visita médica, o prontuário do paciente deve conter a evolução médica e estar devidamente carimbada e assinada;

Os honorários de Unidade Semi-intensiva, UTI e UCO são referentes ao plantonista de 12h e visitador; o prontuário do paciente deve conter igualmente a evolução médica carimbada e assinada;

São consideradas cirurgias de urgência aquelas realizadas a partir das 22 horas em dias úteis, as que são realizadas aos sábados após as 14 horas e as que são realizadas aos domingos e feriados;

As avaliações e pareceres de especialidades médicas deverão ser solicitadas pelo médico assistente, com a devida justificativa assinada e carimbada; serão remuneradas a cada 48 horas;

Consultas pré-anestésicas somente serão remuneradas quando feitas em consultório;
Não serão pagas consultas de retorno em Pronto Atendimento.

REGRAS DE AUDITORIA PARA ÓRTESES, PRÓTESES, MATERIAIS ESPECIAIS E DE SÍNTESE (OPMES)

Será autorizada a utilização de OPMEs devidamente registrada na Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), considerando seu prazo de validade e indicação de uso, registrada nas especificações do material (bula);

O médico assistente poderá determinar as características do OPME a ser utilizado no procedimento cirúrgico. No entanto, *é proibida a indicação de marca ou fabricante*;

Quando solicitado pela equipe de auditoria do Mato Grosso Saúde, o médico deverá justificar clinicamente a indicação de OPMEs;

Pode-se ainda, em casos específicos, ser solicitado ao médico que informe no mínimo três marcas de OPMEs de fabricantes diferentes (quando disponíveis), para análise da auditoria;

Quanto à indicação do procedimento e/ou materiais solicitados, caso não haja consenso entre a auditoria e o profissional solicitante, ambos deverão eleger (em comum acordo) um terceiro profissional especialista (junta médica) para a decisão final a respeito da indicação;

O médico assistente deverá solicitar o procedimento cirúrgico na Guia de Solicitação de Internação do Mato Grosso Saúde, especificando prioritariamente: nome do beneficiário, idade, tipo de cirurgia, quantidade de diárias de internação, solicitação dos procedimentos cirúrgicos, indicação clínica, data da solicitação, assinatura e carimbo contendo seu número de registro. Esta guia deve ser digitalizada (escaneada) e obrigatoriamente anexada ao sistema eletrônico do Mato Grosso Saúde;

Quando houver necessidade de utilização de OPMEs, eles deverão ser solicitados na Guia de Solicitação de OPME do Mato Grosso Saúde. Na guia deve conter: nome do beneficiário, descrição do OPME e quantidade, data da solicitação, assinatura e carimbo do médico com número do registro (CRM);

As solicitações de internações cirúrgicas deverão ser encaminhadas pelo hospital ao sistema eletrônico do Mato Grosso Saúde e deverão conter no campo de justificativa a solicitação do procedimento cirúrgico com a respectiva justificativa clínica detalhada, além das demais informações pertinentes: guia de solicitação do Mato Grosso Saúde - cópia digitalizada, laudos de exames complementares que comprovem a necessidade do procedimento (cópias digitalizadas), e no campo

OPME/Med: Guia de Solicitação de OPME (da mesma maneira, cópias digitalizadas);

O prazo estabelecido para a autorização das solicitações cirúrgicas eletivas é de 21 dias, a partir do processo cirúrgico completo, e deve ser encaminhado via sistema eletrônico do Mato Grosso Saúde;

As internações cirúrgicas de urgência deverão ser solicitadas via sistema eletrônico do Mato Grosso Saúde no momento de entrada do beneficiário no hospital - a partir do link de Pré-Autorização. Não serão aceitas solicitações retroativas;

No fechamento de contas deverão constar todos os invólucros (quando existentes) de OPMEs utilizados no procedimento cirúrgico, para a análise da auditoria de enfermagem da autarquia.

Obs.: Os invólucros dos OPMEs utilizados deverão conter nº de registro ANVISA, lote, referência e marca; deverão também ser idênticos aos OPMEs autorizados pelo Mato Grosso Saúde.

Em caso de procedimentos cirúrgicos que utilizem materiais de implantes radiopacos, deverá constar radiografia de controle pós-operatório anexo à conta, para análise da auditoria. Caso haja inconformidades em relação aos materiais/marcas autorizados e utilizados, os mesmos serão glosados pela autarquia administrativamente. O prestador/fornecedor do material deverá entrar em contato com o Mato Grosso Saúde para justificar o fato e a correção da nota fiscal;

Para a cobrança de OPMEs é necessário o envio de nota fiscal com discriminação do nome do beneficiário;

É expressamente proibida a reutilização de nota fiscal.

REGRAS DE AUDITORIA PARA SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)

OS REQUISITOS BÁSICOS PARA ADMISSÃO DE BENEFICIÁRIO EM ATENÇÃO DOMICILIAR SÃO OS SEGUINTEs:

- Circunstância individual do paciente;
- Condições do domicílio;
- Características do grupo familiar.

Para fins deste manual, o primeiro requisito corresponde aos critérios clínicos e os dois últimos aos critérios psicossociais.

Desta forma, para a concessão e a manutenção do benefício de atenção domiciliar do Mato Grosso Saúde são observados os seguintes critérios de elegibilidade:

CRITÉRIOS CLÍNICOS:

- C1 - Ventilação mecânica invasiva ou ventilação não invasiva;
- C2 - Traqueostomia em paciente hipersecretivo com necessidade de aspirações frequentes;
- C3 - Acesso venoso com infusão contínua;
- C4 - Antibioticoterapia parenteral;
- C5 - Feridas e úlceras complexas, a partir do grau 2;
- C6 - Cuidados paliativos: pacientes terminais em fase avançada, em uso de analgesia parenteral;
- C7 - Necessidade de nutrição parenteral total.

CRITÉRIOS PSICOSSOCIAIS:

- S1 - Aprovação da família e do paciente, especialmente no que se refere às regras que regem a assistência domiciliar;
- S2 - Presença de um cuidador hábil, disponível 24 horas por dia;
- S3 - Residência compatível para assistência domiciliar: suprimento de água potável, energia elétrica, meio de comunicação de fácil acesso e ambiente com janela;
- S4 - Facilidade de acesso ao domicílio para veículos e ambulância;
- S5 - Domicílio dentro da área de cobertura do SADT;
- S6 - Capacidade de enfrentamento afetivo da situação de modo psicodinamicamente eficaz.

O Mato Grosso Saúde não cobre serviços domiciliares para:

Gerenciamento de fisioterapia, oxigenoterapia e medicações subcutâneas, isoladamente;

Pacientes que necessitem de remoções periódicas para realização de hemodiálise, exceto os acamados que necessitem de ambulância;

Gerenciamento de enfermagem exclusivamente para administração de medicação anticoagulante;

Gerenciamento de enfermagem exclusivamente para administração de dieta enteral.

INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR:

O processo é avaliado pelo auditor médico in loco (hospitalar) que emite parecer quanto à elegibilidade e modalidade de atenção;

Para emissão de tal parecer deve ser realizada a solicitação de internação domiciliar (home care) e o preenchimento da **TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID**, pelo médico assistente;

Uma vez aprovado pelo auditor médico in loco, é contatada a empresa prestadora de atendimento de internação domiciliar (home care) e esta deve realizar uma avaliação detalhada sobre as condições da prestação do serviço. Quando finalizado, o processo deve ser enviado pelo sistema eletrônico do Mato Grosso Saúde para análise e parecer final do médico auditor interno responsável.

REGRAS DE AUDITORIA PARA USO DE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA

Nas solicitações de quimioterapia/radioterapia deverão constar a definição clara do tratamento de acordo com protocolos baseados em evidências e diretrizes clínicas; a indicação do quimioterápico antineoplásico e adjuvantes, conforme preconizado na bula do medicamento; e a aprovação do esquema terapêutico, conforme legislação vigente;

Nas guias SADT devem constar a assinatura do paciente e o carimbo do médico e da clínica. Não serão aceitas solicitações sem data, assinatura ou carimbo;

Todas as solicitações deverão ser digitalizadas e encaminhadas via sistema eletrônico ao Mato Grosso Saúde;

Deve haver compatibilidade na utilização de equipamentos e dispositivos adequados de acordo com a estabilidade e as características individuais de cada medicamento;

Todos os dispositivos de infusão devem atender as recomendações da ANVISA, observando-se os critérios específicos de fotossensibilidades dos produtos;

Deverá estar prescrito pelo médico: equipo livre de PVC, que minimiza a exposição do paciente ao plastificante DEHP e pode se desprender das bolsas de infusão ou dos materiais de PVC utilizados, geralmente utilizadas na infusão do TAXOL®, ERBITUX® e TORISEL®;

Deverá estar prescrito pelo médico: equipo indicado para conectar a bomba de infusão AUTO-FUSER® ou PARAGON®, que são utilizadas em medicamentos com tempo de infusão superior a 24 horas (FauldUor® ou 5FU);

Deverá estar anexo o invólucro da agulha para punção de porth-a-cath utilizada no atendimento;

A heparinização do cateter deverá estar prescrita pelo médico;

Quando for utilizado o cateter para infusão contínua é recomendado a troca da agulha a cada 8 dias; do curativo a cada 72 horas;

Caso o cateter não esteja sendo utilizado, deve-se proceder heparinização uma vez ao mês; em caso de uso, deve-se heparinizar após cada aplicação e/ou uso;

Os quimioterápicos serão pagos em miligramas, de acordo com a superfície corpórea do paciente, independente do prestador;

Para o pedido da primeira sessão de quimioterapia é obrigatório o envio do laudo anátomo-patológico;

O pagamento do uso de anticorpos monoclonais medicamentosos somente será feito com a apresentação do exame de imunohistoquímica;

O médico receberá pela primeira consulta e primeiro dia de tratamento (código 20104294), assim como por uma consulta mensal para controle da continuação do tratamento;

As demais sessões de quimioterapia serão pagas ao serviço de oncologia como terapia oncológica por dia subsequente (código 20104308);

Caso o paciente esteja internado e fazendo quimioterapia, o médico receberá apenas como terapia oncológica por dia subsequente (código 20104308), não receberá pela visita médica;

As auditorias das contas deverão ser realizadas in loco ou na sede do Mato Grosso Saúde, quando da impossibilidade, em conferência com as autorizações realizadas previamente via sistema eletrônico.

Quando utilizado acima de cinquenta por cento da medicação quimioterápica, será pago o valor integral do frasco;

Deverão estar em anexo na conta, duas negativas de dois fornecedores diferentes, para medicações quimioterápicas que possuam seu respectivo genérico registrado pela Agência de Vigilância Sanitária, porém, que não tenham comercialização.

NAS PRESCRIÇÕES DEVERÃO CONTER:

Posologia e doses de acordo com o cálculo de superfície corpórea do paciente e o esquema terapêutico;

Tempo de infusão do medicamento;

Diluyente utilizado na reconstituição do medicamento e diluição final para administração;

Estabilidade físico-química e microbiológica dos medicamentos após reconstituição e diluição;

Viabilidade e interações medicamentosas dos componentes da prescrição;

Verificação do regime antiemético, pré e pós-hidratação e outros medicamentos de suporte utilizados no tratamento.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Todo procedimento médico deverá conter descrição em relatório cirúrgico e folha de gastos;

Conforme RN nº 368, o Partograma passa a ser considerado como parte integrante do processo de pagamento do procedimento. A assistência ao trabalho de parto será paga por hora até o limite de 6h. Não será pago se o parto ocorrer na primeira hora após o início da assistência. Após a primeira hora, além da assistência, remunera-se o parto. A assistência ao trabalho de parto deverá ser lançada no momento da internação da paciente no sistema eletrônico do Mato Grosso Saúde;

Em caso de cesárea eletiva, o relatório médico deverá vir acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela beneficiária e pelo médico assistente substituindo o Partograma no processo de pagamento do procedimento;

A taxa de acompanhante será remunerada apenas nas situações previstas em legislação vigente;

Será paga diária de internação somente para pacientes com permanência superior a 6 horas em ambiente hospitalar;

Para fins de pagamento, em caso de materiais que excedem a quantidade padrão para o procedimento, deverá ser apresentado relatório técnico, devidamente assinado pelo médico assistente, descrevendo a técnica utilizada e a intercorrência apresentada no momento do procedimento (exemplo: punção, curativo, etc.). O pagamento desse material extra estará condicionado à análise da equipe de auditoria;

Para qualquer solicitação que for inserida no sistema eletrônico do Mato Grosso Saúde, obrigatoriamente, deverá ser anexada uma cópia escaneada (digitalizada) do pedido médico (documento físico), com a respectiva justificativa clínica, data, assinatura e o número do registro do profissional solicitante, bem como laudos de exames complementares pertinentes (se for o caso), para análise de auditoria;

Para a aspiração oro-traqueal, deve-se observar a prescrição médica, horário e checagem do procedimento com a identificação profissional. Caso a equipe de fisioterapia realize o procedimento, deve constar a assinatura legível e o número de registro;

O uso de luvas estéreis estará autorizado apenas em caso de aspiração traqueal (por tubo oro/naso-traqueal ou traqueostomia);

Toda prescrição deve conter assinatura legível e o registro do conselho do profissional;

Curativos somente serão pagos mediante prescrição do enfermeiro e/ou do médico, seguida de checagem e descrição do procedimento pelo executante;

Todos os materiais e medicamentos de alto custo utilizados nos curativos deverão conter a

autorização prévia da auditoria concorrente, prescrição e relatório do procedimento. O material que possuir invólucro deverá estar anexo à conta;

As feridas devem ser reavaliadas a cada 10 dias para a continuidade do tratamento e autorização dos materiais e medicamentos de alto custo. Em caso de mudança de conduta nos curativos, deve-se comunicar e realizar a solicitação na guia de alto custo, justificando o estado clínico e as patologias do paciente, descrevendo a região a ser tratada, o objetivo do tratamento da ferida e a mudança de conduta. Além disso, deve ser anexado à conta o invólucro frente e verso e sem danos;

Para pequenos e médios curativos, o material e o medicamento serão pagos conforme prescrição, checagem e anotações da enfermagem;

Serão pagas luvas estéreis que foram utilizadas apenas em procedimentos que requeiram seu uso. Em centro cirúrgico, deverá ser considerado o número de participantes diretos da cirurgia (cirurgião, auxiliares e instrumentador). Considerar, ainda, o número de horas da cirurgia realizada: acima de três horas de procedimento cirúrgico, será paga uma luva a mais por cada profissional direto;

Equipos utilizados nas dietas parenterais e na transfusão de hemoderivados não deverão ser pagos à unidade hospitalar, pois são faturados separadamente pelos respectivos prestadores;

Será pago, quando prescrito, um equipo de bomba de infusão a cada 72 horas para hidratação venosa ou de acordo com as intercorrências descritas para reposição de líquidos, reposição de eletrólitos, drogas vasoativas, sedativos, bloqueadores neuromusculares. Não serão pagos equipos de bomba de infusão para antibioticoterapia, exceto em casos especiais, inerentes exclusivamente a pacientes neonatos e pediátricos, que deverão, por sua vez, ser submetidos à análise de auditoria;

Para a cobrança dos equipos fotossensíveis, deverá ser observado se a medicação utilizada requer sua utilização conforme determina o fabricante (Anfotericina B lipossomal, Nitroprussiato, etc.);

Deverá ser utilizado um equipo simples a cada 72 horas para solução parenteral/hidratação venosa em sistema fechado de infusão;

Deverá ser utilizado um equipo simples a cada 24 horas para antibioticoterapia;

Deverá ser utilizado um equipo para irrigação contínua via sonda vesical três vias a cada 72 horas;

Deverá ser utilizado um coletor simples com graduação a cada 24 horas, para quantificação de fluídos;

Deverá ser utilizado cateter nasal a cada 24 horas;

Quando necessário o uso de sondas para administração de medicações, será paga uma seringa de 20 ml por período (manhã, tarde e noite) – quando laváveis;

Para o preparo de medicações, serão pagas agulhas de aspiração ponta romba.

Serão pagas agulhas com os seguintes critérios: 13x4.5 para administração subcutânea, 25x7.0 para preparo e administração de medicamentos (IV e IM), 40x12 para preparo de medicamentos em urgências, UTI e medicamentos em pó hidrofílico;

Para lavagem de sonda vesical, será paga apenas uma seringa de 20ml;

Não será pago material que for contaminado por erro de técnica ou defeito de fabricação;

Os dispositivos de punção venosa periférica, quando cobrados em mais de uma unidade, deverão ser justificados tecnicamente seu uso e intercorrência, com assinatura e carimbo do responsável. O material sem justificativa não será pago;

Não será pago à unidade hospitalar dispositivo de punção venosa periférica utilizada em coleta de sangue para exame laboratorial, já incluso no valor do exame;

Não será pago o uso de seringa para preparo das soluções das nebulizações;

Será autorizado o uso de torneirinhas mediante prescrição de múltiplas medicações/ soros ou em caso de instalação de dispositivo para aferição da Pressão Arterial Média. Será paga uma unidade a cada 72 horas;

Não será autorizado o uso de Transfix® em preparo de soluções;

Em caso de necessidade da troca de SNE, é necessário fazer a solicitação constando justificativa técnica para análise da auditoria;

Será autorizado um dispositivo urinário (cateter externo para incontinência urinária masculina) a cada 24 horas ou quando necessário, desde que conste a prescrição de enfermagem e o registro da troca;

Tubo aramado será considerado quando indicado para intubação retrógrada e intubação traqueal difícil e deve estar devidamente prescrito e relatado em prontuário. Quando for necessária a sua utilização, esta deverá ser justificada, para posterior análise da auditoria;

Drenos de Kehr, Penrose, Suctor, Torácico (etc.), quando utilizados, deverão estar devidamente prescritos pelo médico e relatados no prontuário e relatório cirúrgico;

Por não se tratar de procedimento de urgência, o uso do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) necessita de avaliação e autorização do auditor. O invólucro do cateter deverá ser fixado no relatório ou no prontuário do paciente;

Será pago um fixador estéril (IV Fix®) para fixação do PICC nas primeiras 24 horas. O invólucro deverá estar anexo ao prontuário do paciente. Para fixação do acesso venoso central, deverá ser utilizado curativo convencional compressivo nas primeiras 24 horas e um fixador transparente estéril após 24 horas do procedimento;

Todas as medicações (principalmente as de alto custo) serão pagas quando prescritas pelo médico, conforme quantidade e horário de abertura da medicação correspondente. Deverão estar devidamente checadas e identificadas pelos profissionais executantes, conforme legislações vigentes e Código de Ética de Enfermagem (ANEXO V);

O medicamento de alto custo (ANEXO II) deverá estar prescrito pelo médico e autorizado pelo médico auditor concorrente;

Todo diluente deverá ser prescrito pelo médico ou pelo profissional de enfermagem e estar devidamente checado pelo mesmo profissional que administrou o medicamento;

Quando necessário, será pago uma bolsa de colostomia por dia (em caso de internação) e uma placa de Karaya a cada sete dias, sendo o clamp reutilizável. Deve ser considerada a autorização do enfermeiro auditor para cada item, após avaliação in loco;

Em caso de necessidade de troca de bolsa de colostomia, deverá constar a justificativa na guia de alto custo. Anexar o invólucro do produto no prontuário do paciente e registrar no relatório de enfermagem a instalação e/ou troca;

Os medicamentos na apresentação de frascos e bolsas serão pagos de acordo com a soma das quantidades prescritas nas 24 horas, independentemente da apresentação, levando-se em conta o tempo de estabilidade após diluição e o acondicionamento da droga, de acordo com fabricante;

Pagar-se-á medicação genérica, exceto quando não houver genérico para determinado princípio ativo;

O Tegaderm CHG® será remunerado mediante autorização prévia, prescrição médica, relatório da instalação do mesmo e invólucro anexo em conta; e somente para fixação em Acesso Venoso Central 24 horas após a punção e duração de 10 dias ou, conforme justificativa técnica, para troca em período inferior a 10 dias;

As placas de hidrocolóide serão remuneradas para prevenção de úlceras por pressão e também como curativo secundário de grandes lesões. Para sua utilização, deverá conter a indicação técnica, a avaliação da auditoria concorrente (para autorização prévia), a prescrição, o relatório da instalação do mesmo, o invólucro anexo em conta e com duração de 10 dias ou, conforme justificativa técnica, para troca em período inferior a 10 dias;

A agulha Hubber (Cytocan® / Surecan®) não será paga quando utilizada para heparinização de cateter (port-a-cath®). Seu uso deve ser restrito para infusão de hidratação, medicações ou quimioterapia, e deve ser devidamente prescrita a punção do port-a-cath®, relatado o procedimento e anexado o invólucro da agulha na conta hospitalar;

O uso de novas tecnologias de equipamentos, materiais e medicamentos para utilização nos beneficiários do Mato Grosso Saúde, deverão passar pela análise da auditoria;

Não serão autorizados materiais e medicações de caráter experimental.

IMPORTANTE:

Casos divergentes ao presente MANUAL DE AUDITORIA deverão ser analisados individualmente pela equipe técnica de auditoria da autarquia.

Este manual é válido a partir da sua publicação e deve ter seu conteúdo periodicamente revisto e atualizado pelos seus responsáveis.

MATERIAL	RECOMENDAÇÕES
Agulhas de Porth-a-cath®	Troca a cada 10 dias
Cateter nasal	Troca a cada 24 horas
Filme transparente	Troca quando a cobertura estiver suja, solta ou úmida.
Fixador de tubo oro-traqueal	Troca quando a cobertura estiver suja, solta ou úmida.



REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Neusa, M.C. Procedimentos Básicos de Enfermagem São Paulo, Editora Atheneu, 1995.

BATISTA, F. Feridas – Palavra do especialista. 1ª edição. São Paulo:Casa Leitura Médica, 2009. p. 3-23.

CANDIDO, L.C. – Nova abordagem no tratamento de feridas. São Paulo: Editora SENAC-SP, 2001.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. RESOLUÇÃO CFM nº 1.614/2001. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2001/1614_2001.htm>. Acesso em Setembro de 2015.

COSTA, A. L. R. C. da (Organizadora). Manual de Condutas: cuidados de enfermagem a pessoas com feridas. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/ FEN/ UFMT: Cuiabá, 2001.

COSTA, I. G. Prevenção e tratamento de feridas: guia prático. Cuiabá, 2003.

CUNHA, A. F. & FONSECA, R.Aet. al – Central de Material Esterilizado Rotinas Técnicas, Belo Horizonte, 1995.

DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2000/01 – 29ªedição. Editora Publicações Científicas, Rio de Janeiro, 2000.

DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. Coord.e Rev. Rúbia Aparecida Lacerda; trad. Merle Scoss. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2001.

DU GAS, W.B. Enfermagem Prática, 3ª edição. Editora Interamericana Ltda., Rio de Janeiro, 1978.

ENFERMAGEM, Conselho Federal de Código de Ética, Resolução nº160/161, Rio de Janeiro, 1993.

FAKIH, F. T. Manual de diluição e administração de medicamentos injetáveis.

GEOVANINE, Telma e JUNIOR, Alfeu Gomes de Oliveira. Manual de Curativos. 2ª edição. Rev. ampl. São Paulo: Editora Escolar, 2010.

Guia de preparação e administração de medicamentos por via parenteral, 2007, 2ª edição.

LOVERDOS, Adrianos – Auditoria e análise de contas médicas – São Paulo, Editora STS, 1997.

MACHADO, A. et all. Prevenção da infecção hospitalar. Sociedade Brasileira de Infectologia. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2001.

PRADO, Deildes de O. P. et al. Manual de Normas de Auditoria. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 48p.

ROGANTE, M.M & FURCOLIN, Márcia I.R, Procedimentos especializados de enfermagem – São Paulo, Editora Atheneu, 1994.

ANEXO I - MEDICAÇÕES EM PRONTO ATENDIMENTO

SÃO CONSIDERADAS MEDICAÇÕES COBERTAS EM PRONTO ATENDIMENTO:

AAAS, Atenolol, Aldactone, Allegra, Aradois, Antak, Adalat, Atrovent, Atropina, Ancoron, Aminofilina, Bricanyl, Benzetacil, Berotec, Bicarbonato de Sódio 8,4%, Buscopan (Simples e Composto), Captopril, Cedilanide, Clorafenicol, Clenil A, Citoneurin, Cloreto de Potássio 19%, Cloreto de Sódio 20%, Carbamazepina, Codeína, Decadron, Duoflan, Diazepan, Digoxina, Dilacoron, Dimercaprol, Dimorf, Dolantina, Dopamina, Dramim, Diprospan, Efortil, Fenitoína, Fenobarital, Fenegan, Farsenio, Furosemida, FleetEnema, Fluimicil, Glicose 50%, Gluconato de Cálcio, Heparina, Haldol, Heparina-Protamina 1000, Hidantal, Insulina Regular, Ipsilon, Isordil, Lasix, Lidocaína, Amiodarona, Marcaína, Methergin, Neomicina Pomada, Ocitocina, Paraqueimol, Profenid Injetável, Plasil, Propanolol, Novalgina, Quinidina, Solucortef, Soro Fisiológico 0,9%, Soro Glicofisiológico, Soro Ringer Lactato, Soro Glicosado 5%, Selozok, Manitol, Superan, Solumedrol, Tilatil, Tagamet, Tramal, Transamin, Trental Injetável, Vertizine, Voltaren Injetável, Plavix.

SÃO CONSIDERADAS MEDICAÇÕES NÃO COBERTAS EM PRONTO ATENDIMENTO:

Antibióticos, Polivitaminicos, Noripurum, Analgésicos orais, Sedativos orais.

ANEXO II - MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PARA USO

SÃO CONSIDERADAS MEDICAÇÕES DE ALTO DE CUSTO (INCLUI ANEXO VI):

Acido Zoledronico (Zometa), Actilyse, Adefovir (Hepsera ou similar), Agrastat, Albumina Humana; Ambisone (Anfotericina B), Anfotericina B Lipossomal, Aredia, Azatioprina, Cancidas (Capofungina), Ciprofloxacino, Cubicin, Custodiol, Curosurf (Alfaporactanto), Diprivan 1% e 2%, Ecalta, Eritropoetina Humana Recombinante – Injetável, Fentanil Transdérmico, Filgrastina, Durogesic (anexar invólucro), Fluconazol, Genuxal (Ciclofosfamida), Granulokine, Imipenem, Imunoglobulina, Imunoglobulina Específica Anti-Hepatite B Injetável, Insulina Lantus, Interferon alfa recombinante 2 a e/ou 2b Injetável, Interferon Beta 1 - SC - IM, Invanz – Ertapenem, Klaricid, Maxcef (Cefepime); Medicamentos Oncológicas, Meropenem, Mycamine, Octreotida Injetável, Omaliumabe (Xolair), Plasmin, Polimixina B, Prostaglandina – Prostin, Protrombina, Ribavirina, Rocaltrol, Rhophylac-matergam, Sandoglobulina,

Sandostatin, Spiriva, Simdax, Streptase, Survana, Targocid (Teicoplanina), Tazocin (Piperacilina ou Tazobactam), Tetracosactide Injetável (Nuvacthen/ Synacthene/ Similar), Tienam (Imipenem), Toxina Tipo A de Cloristridium Botulinum, Tygacil (Tigeciclina), Ultiva, Vannair, V-Fend (Voriconazol), Zyvox (Linezolida).

ANEXO III - MATERIAIS DE ALTO CUSTO QUE NECESSITAM DE AUTORIZAÇÃO PARA USO

SÃO CONSIDERADAS MATERIAIS DE ALTO CUSTO (INCLUI ANEXO V E VI):

Dersani, Papaína, Sulfadiazina de Prata, Placa de Hidrocolóide, Placa de Aquacel, Safgel, CaVilon, Duoderm Creme, Kit Karaia, Duoderm Gel, Carvão Ativado, Kit Domus, Cateter Duplo Lúmem, Surgicel, Gelfoam, Cateter Fogarty, Kit BIS, Kit Vigileo, Fleboextrator, Tegaderm CHG, Tubo de Hipospádia.

Obs.: Além dos materiais e medicamentos já informados nos anexos II e III, deverão passar por análise e autorização da auditoria aqueles que tiverem valor acima de R\$ 200,00 reais.

ANEXO IV - ATUAÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA HOSPITALAR JUNTO A PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

I. PREÂMBULO:

A Equipe Técnica de Auditoria Médica do Mato Grosso Saúde tem por objetivo garantir a qualidade da assistência médica prestada e o respeito às normas técnicas, éticas e administrativas previamente estabelecidas. Assim, devemos implantar medidas corretivas, revisar as normas e/ou elaborar instruções que permitam o contínuo aperfeiçoamento do sistema, bem como verificar a adequação, legalidade, legitimidade, economicidade, eficiência, eficácia/resolutividade dos serviços de saúde conveniados, contratados e próprios, aferindo a preservação dos padrões.

Dessa maneira, adotamos como referencial de boas práticas a **EVIDÊNCIA APLICADA A SAÚDE**, que se traduz pela prática assistencial em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica, visando melhorar a qualidade do atendimento prestado. É importante ressaltar que essa metodologia não exclui o valor da experiência pessoal, mas propõe que esta esteja alicerçada em firmes bases científicas.

Os níveis de evidência dos estudos para tratamento e prevenção são hierarquizados de acordo com o grau de confiança e estão relacionados à qualidade metodológica dos mesmos. Usamos este tipo de informação para tomada de decisão, com base em estudos com grau de evidência hierarquizada,

considerando primariamente aqueles de níveis mais elevados. Quando não há evidências a respeito, temos que considerar as práticas convencionais, uma vez que qualquer extrapolação estará sujeita a erros e/ou conflitos de interesses.

II. CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS:

A atuação da fonoaudiologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) merece atenção para que esteja baseada em evidências científicas. Desse modo, realizamos revisão de literatura no sentido de aqui sumarizar, respaldado por diretrizes, protocolos e recomendações desenhados por meio de estudos pautados em evidências, os principais pontos de atuação e intervenção do profissional fonoaudiólogo junto ao paciente crítico.

As técnicas terapêuticas e a eficácia da reabilitação em fonoaudiologia constituem-se num trabalho no sentido de prevenir complicações. Podemos mencionar a disfagia e os riscos de broncoaspiração, como de reabilitação, destacando os tratamentos voltados aos distúrbios cognitivos e vocais e às desordens de linguagem. Neste contexto, entende-se que o exercício da fonoaudiologia busca ampliar as perspectivas prognósticas, com a redução do tempo de internação e a redução na taxa de reinternação, sobretudo por pneumonia aspirativa, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

No contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva deve ser criteriosamente observada à necessidade de avaliações fonoaudiológicas sob uma ótica pró-ativa, a qual deve ser planejada e controlada, estabelecendo-se métodos objetivos, princípios de avaliação consensuais e a utilização de protocolos, re-enfatizando a aplicação do conceito de atuação baseada em evidências. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cuida de doentes multidisciplinares. Dentre estes, podemos distinguir três principais perfis epidemiológicos: o primeiro, composto por doentes com gravidade suficiente a ponto de necessitar de técnicas e equipamentos especializados para suporte de vida; o segundo, composto por pacientes que aparentemente encontram-se bem, mas que potencialmente podem apresentar complicações; e o terceiro, composto por pacientes terminais. De acordo com os grupos citados, a atuação fonoaudiológica dar-se-á de forma criteriosa, de acordo com o quadro clínico e respiratório apresentado pelo paciente.

Considerando-se o trabalho realizado à beira do leito por fonoaudiólogos, tais como reabilitar a deglutição, a fonação com adaptação de válvula de fala, a estimulação da linguagem, a orientação nos quadros de afasia e, ainda, a mioterapia nos casos de paralisia facial, dentre outros, em uma UTI é de competência do fonoaudiólogo, enquanto membro da equipe multidisciplinar, avaliar as disfagias orofaríngeas mecânicas e neurogênicas ocasionadas por distintas etiologias, de forma criteriosa e cautelosa, não colocando em risco o quadro clínico do paciente, auxiliando, portanto, na prevenção e

redução de complicações pulmonares e/ou de nutrição e hidratação, diminuindo o tempo de ocupação do leito e custos hospitalares. A duração do atendimento deve adequar-se ao estágio de reabilitação, procurando harmonizar e colaborar com as condutas e horários do corpo médico, da enfermagem e dos outros profissionais. Se houver recomendações e prescrições para realização dos exercícios diários, forma de hidratação oral ou outros procedimentos, elas devem ser orientadas, anotadas de maneira clara e deixadas à mão do paciente, familiar/cuidador, além de comunicadas à equipe de enfermagem.

COM BASE NO EXPOSTO, OS PROTOCOLOS MULTIDISCIPLINARES DE ATUAÇÃO EM AMBIENTE DE UTI, PREVEEM, EM RELAÇÃO À ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO, AS SEGUINTE ATRIBUIÇÕES:

- Auxílio terapêutico na decanulação de traqueostomizados;
- Avaliação quanto à possibilidade de alimentação por via oral;
- Averiguação do método mais adequado de alimentação;
- Seleção das consistências da dieta;
- Especificação dos riscos e precauções durante a alimentação;
- Avaliação das condições de uso da válvula fonatória.

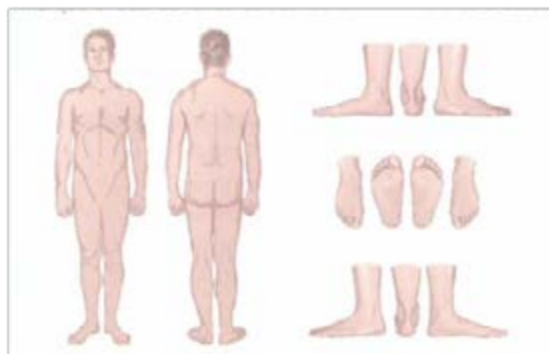
Entendemos que qualquer atividade que extrapole os direcionamentos amplamente aceitos e validados por diversos protocolos deve ser submetida à análise da auditoria médica e devidamente justificada, por meio da apresentação de recomendações e diretrizes construídas sob o prisma da evidência.

ANEXO V - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAL DE ALTO CUSTO PARA TRATAMENTO DE FERIDAS

Paciente: _____
 Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Solicito utilizar o produto: _____
 Quantidade a ser utilizada: _____ Medida do produto: _____
 A posologia será de: _____ por um período de: _____

LOCALIZAÇÃO

Marque o local colocando um "X" na área afetada:


TAMANHO

Comprimento: _____cm

Largura: _____cm

Profundidade: _____cm

LEITO DA FERIDA
DEBRIDAMENTO:

- Autolítico;
- Enzimático;
- Cirúrgico.

TIPO DE TECIDO:

Necrose: _____
 Crosta: _____
 Granulação: _____
 Epitelização: _____
 Hipergranulação: _____
 Tec subcutâneo: _____
 Músculo: _____

LEITO DA FERIDA

- Presente;
- Ausente.

PARECER DO AUDITOR

Cuiabá, _____ de _____ de 20____.

 Identificação do Profissional Auditor

ETIOLOGIA

- Pressão;
- Venosa;
- Neuropática;
- Arterial;
- Mista Arterial/Venosa;
- Cirúrgica;
- Outras: _____

COMO FOI OBTIDA:

- Úlcera presente na admissão;
- Adquirida.

CLASSIFICAÇÃO

(exceto úlcera por pressão):

- Superficial
- Espessura Parcial
- Espessura Total

ESTÁGIO (úlcera por pressão):

- I
- II
- III
- IV
- Inestadiável
- Eritema não branqueável.

ETIOLOGIA
NÃO SAUDÁVEL

- Descolada;
- Com Eritema;
- Com Hiperemia;
- Epibolia;
- Com tunelização;
- Queratose;
- Macerada.

PELE ADJACENTE

Saudável/normal;
 Avermelhada/empalidecida;
 Eritema;
 Hiperpigmentação;
 Maceração;
 Outros: _____

Cuiabá, _____ de _____ de 20____.

 Identificação do Profissional Solicitante


ANEXO VI - FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAÇÃO E MATERIAL DE ALTO CUSTO

Paciente: _____

Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Solicito utilizar a medicação/material: _____

Uso: Esporádico () Definitivo () Experimental ()

Posologia: _____

Período: _____

Justificativa para utilização: _____

Cuiabá, _____ de _____ de 20____.

 Identificação do Profissional Solicitante

PARECER DO AUDITOR

Cuiabá, _____ de _____ de 20____.

 Identificação do Profissional Auditor

ANEXO VII - PROTOCOLO PARA USO DE FIXADORES ESTÉREIS

Tegaderm Basic – Tamanho 6x7 cm: Aplicação sugerida conforme fabricante: cateteres periféricos de curta permanência. Ideal para ser utilizado no pronto atendimento e centros diagnósticos.

Tegaderm I.V. fixadores estéreis – Tamanho 5 x 5,7 cm: Aplicação sugerida conforme fabricante: cateter periférico e central em pediatria. **Tempo de troca:** Até 72 horas para cateter periférico, e até 7 dias para cateter central, ou quando necessário.

Tegaderm I.V. fixadores estéreis – Tamanho 8,5 x 10,5 cm: Aplicação sugerida conforme fabricante: Fixação e estabilização de cateteres centrais. **Tempo de troca:** Até 7 dias da instalação, ou quando necessário.

Tegaderm I.V. Advanced – 6,5 x 7 cm/ 8,5 x 11,5 cm: Aplicação sugerida conforme fabricante: Fixação e estabilização de cateter periférico. **Tempo de troca:** Até 72 horas da instalação, ou quando necessário.

Tegaderm I.V. – Tamanho 8,5 x 10,5 cm: Aplicação sugerida conforme fabricante: Fixação e estabilização de cateter central. **Tempo de troca:** Até 7 dias da instalação, ou quando necessário.

Tegaderm I.V. – Tamanho 7 x 7 cm: Aplicação sugerida conforme fabricante: Fixação e estabilização de cateter periférico. **Tempo de troca:** Até 72 horas da instalação, ou quando necessário.

I.V. Fix: Aplicação sugerida conforme fabricante: Fixação e estabilização de cateter periférico. **Tempo de troca:** Até 72 horas da instalação, ou quando necessário.

Tegaderm CHG: Aplicação sugerida conforme fabricante: Fixação e estabilização de cateter central. **Tempo de troca:** Até 7 dias da instalação, ou quando necessário.

III. REFERÊNCIAS

ADDINGTON WR, STEPHENS RE, GILLILANDKA. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke: An interhospital comparison. *Stroke* 30: 1203 – 1207, 1999

ARAI YASUDA Y, TAKAYA T. et al. ACE inhibitors and Symptomless dyphagia. *The Lancel* 352 (11): p. 115 – 116, 1998.

FILHO EM, PISSANI JC, CARNEIRO J, GOMES G. Disfagia: abordagem multidisciplinar. In: TANAKA SC. *Nutrição e disfagia*, p. 165 – 171, 1999.

FURKIM AM, SANTINI CS. Disfagiasorofaríngicas: In: MARCHESAN, IQ. *Deglutição – normalidade*. cap. 1, p. 12 – 16, 1999.

_____. Disfagia: a intervenção fonoaudiológica. In: JUNQUEIRA P, DAUDEN ATB. *Aspectos atuais em terapias fonoaudiológicas*. 2. ed. São Paulo: Pancast, p. 39 – 47, 1998.

LUZ E. A fonoaudiologia hospitalar em questão. *Jornal do CFFa*, 2,4, 1999.

MACEDO FILHO, ED. Conceito e fisiologia aplicada da deglutição. *Disfagia, abordagem multidisciplinar*. 2. Ed, p. 3 – 8, 1998.

MARCHESAN, IQ. Família e fonoaudiologia: fundamentos em fonoaudiologia, aspectos clínicos de motricidade oral, cap. 11, p. 99 – 104, Editora Guanabara Koogan.

_____. *Deglutição – Diagnóstico e possibilidades terapêuticas. Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral*, cap. 6, p. 51 – 58, Editora Guanabara Koogan.

_____. *Disfagia – Avaliação e terapia: Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral*, cap. 10, p. 97 – 98. Editora Guanabara Koogan.

MITISUDA TM, BAARSLAG BR, HAZEL K, THERRIALT TM. Augmentative communication in intensive care unit settings. In: Yorkston KM. ed. *Augmentative communication in the medical setting*. Tucson, A.Z: communication skillbuilders, p. 5 – 56, 1992.

MURDOCH, B.E. Desenvolvimento da fala e distúrbio da linguagem: uma visão neuroanatômica e neurofuncional, p. 26 – 27, 1997.

OLIVEIRA ST. *Fonoaudiologia Hospitalar*, p. 188 – 194, Editora Lovise, 2003.

SILVA RG. A eficácia da recibilidade em disfagia orofaríngea. *Arquivos de motricidade digestiva e neurogastroenterologia*, v. 2, p. 63 – 79, 1999.

O PLANO DO SERVIDOR
AGORA MELHOR

CONTE
COM
A GENTE



MATO
GROSSO
SAÚDE



GOVERNO DE
**MATO
GROSSO**