MINISTÉRIO DA DEFESA
COMANDO DA AERONÁUTICA
DIRETORIA DE SAÚDE

ORDEM TÉCNICA n°03/DIRSA/2017,11 de abril de 2017.

Normatização para atenção em saúde ao paciente crônico do SISAU.

1 – DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1 – FINALIDADE

Normatizar e padronizar os procedimentos a serem adotados pelas Organizações de Saúde da Aeronáutica (OSA) e Organizações Credenciadoras (OC) quanto à atenção em saúde ao paciente crônico, nas modalidades de atenção domiciliar e internação de longa permanência, por meio do SISAU.

1.2 – ÂMBITO

A presente Ordem Técnica é de observância obrigatória nas OSA e OC.

2 – DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1 – CONCEITUAÇÕES

2.1.1 – Doenças crônicas:

Condições crônicas, geralmente relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva a cura.

2.1.2 – Atenção Domiciliar:

Termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas no domicílio, bem como a adaptação do paciente. A atenção domiciliar objeto desta Ordem Técnica é composta por duas modalidades: a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

2.1.3 – Internação Domiciliar:

É a modalidade de atenção domiciliar voltada à atenção em tempo parcial ou integral ao paciente com quadro clínico complexo, que já não precisa de toda a infraestrutura hospitalar, mas que ainda necessita de assistência especializada em recursos humanos e equipamentos, desde que o domicílio reúna condições para este modelo de atenção.

2.1.4 – Assistência domiciliar:

É a modalidade de atenção domiciliar caracterizada por um conjunto de atividades de assistência à saúde de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio para cumprir metas terapêuticas, reabilitadoras ou paliativas.

2.1.5 – Admissão à atenção domiciliar:

Caracteriza os atos e mecanismos de ingresso de um beneficiário à atenção domiciliar. É composto das seguintes etapas: solicitação, seleção, elaboração do plano assistencial e início da prestação do serviço para os beneficiários elegíveis.

2.1.6 – Alta da internação domiciliar:

Ato que determina o encerramento da internação domiciliar em função de: reinternação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, pedido do paciente e/ou responsável e óbito.

2.1.7 – Suspensão da assistência domiciliar:

Ato que determina o encerramento da assistência domiciliar em função de: piora clínica, com remoção e internação do paciente; óbito; alta (a pedido ou não); e, mudança de domicílio para fora da área de abrangência regional da OC responsável.

2.1.8 – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar:

Profissionais da empresa contratada que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica ao paciente, conforme plano terapêutico prévio aprovado pela OSA/OC e homologado pela SARAM.

2.1.9 – Cuidador:

É a pessoa indicada pela família, com ou sem vínculo familiar, que se responsabiliza pelos cuidados básicos e atividades de vida diária do paciente e que não faz parte da equipe multiprofissional da atenção domiciliar. Pode ser profissional autônomo, capacitado para prover cuidados com competência originada em treinamento específico.

2.1.10 – Plano terapêutico/assistencial:

Documento que configura a estratégia de tratamento domiciliar ao paciente, elaborado previamente ao início das ações, considerando suas necessidades clínicas e grau de dependência das atividades de vida diárias, o treinamento do cuidador, o tempo de duração da assistência e sua suspensão.

2.1.11 – Internação de Longa Permanência:

Modalidade de serviço de acolhimento institucional, de natureza não asilar, em estabelecimento de caráter coletivo, legalmente constituído, para pessoas com ou sem suporte familiar, com deficiência incapacitante e sem autonomia, independentemente de idade. Sob a gestão da visão social, apresenta-se como uma das alternativas de cuidados não-familiares aos doentes crônicos elegíveis.

2.1.12 – Relatório social

Documento elaborado por assistente social a partir da visita domiciliar, onde são avaliados critérios de cunho psicossocial, econômico e ambiental, sendo estes critérios fundamentais e parte integrante da elaboração do plano de atendimento ao paciente crônico.

2.2 – ATENÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE CRÔNICO NO SISAU

2.2.1 – A atenção em saúde ao paciente crônico beneficiário do SISAU será fornecida prioritariamente pela OSA, sempre que esta reunir condições técnicas (de pessoal, materiais e equipamentos) para tal, por meio dos serviços próprios de assistência domiciliar (SAD – Serviço de Assistência Domiciliar) ou de internação na rede própria prioritariamente.

2.2.3 – O encaminhamento à rede complementar do SISAU será de responsabilidade das OC, que deverá sempre considerar a boa assistência ao beneficiário, com a melhor relação custo-benefício. Ocorrerá nas situações em que a OSA não disponha de condições para a realização da assistência ou em que não exista OSA na localidade e, ainda, somente após homologação do encaminhamento pela SARAM.

2.2.3.1 – Nas localidades onde a OSA não disponha de condições para a realização da assistência ou que não exista OSA e, ainda, não exista rede credenciada, a assistência poderá ser prestada na modalidade de reembolso, somente após homologação do encaminhamento pela SARAM.

2.2.4 – Na localidade do Rio de Janeiro, os pacientes crônicos idosos serão encaminhados pela OC para avaliação da CGABEG que definirá a conduta terapêutica e havendo necessidade de internação deverá ser respeitada a seguinte ordem de prioridade:

1. CGABEG;
2. HAAF;
3. Rede credenciada;
4. Reembolso.

2.2.5 – Na localidade do Rio de Janeiro, os pacientes crônicos não idosos serão avaliados pela equipe da OC que definirá a conduta terapêutica e havendo necessidade de internação deverá ser respeitada a seguinte ordem de prioridade:

1. HCA/HFAG;
2. HAAF;
3. Rede credenciada;
4. Reembolso;

2.2.6 – Caberá à DIRSA/SARAM a orientação da política de atenção ao paciente crônico e a monitorização das ações das OC, gerenciando o fluxo de encaminhamento dos pacientes por meio de análises custo-benefício e da consideração do número de leitos e da taxa de ocupação de cada OSA.

2.3 – ATENÇÃO DOMICILIAR

2.3.1 – A atenção domiciliar está configurada dentro de uma estratégia de cuidados de saúde do SISAU, com vista à redução da demanda por atendimento hospitalar, redução do período de permanência internado, humanização da atenção e ampliação da autonomia dos usuários com doenças crônicas, degenerativas ou em finitude. É composta por duas modalidades: a internação domiciliar e a assistência domiciliar.

2.3.2 – A admissão e a alta do beneficiário neste regime de atendimento serão por meio de avaliação técnica profissional e por tipo de patologia. Obedecerá, ainda, a critérios de elegibilidade: epidemiológicos, sociais, administrativos e de custo/benefício compensatórios.

2.3.3 – Este tipo de assistência na rede complementar do SISAU sempre dependerá de autorização prévia de Organização Credenciadora, devendo ser aberta pasta individual para cada beneficiário inscrito na atenção domiciliar, contendo os formulários especificados para cada caso devidamente preenchidos, os relatórios gerencias de evolução, o plano terapêutico/assistencial e o termo de consentimento, todos arquivados para fins documentais e de controle.

2.3.4 – No caso de internação domiciliar ou de assistência domiciliar, a atenção somente se dará caso conte com a existência de um familiar ou responsável que more com o paciente. O cuidador responsável deverá receber orientações, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando o paciente receber alta.

2.4 – ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

2.4.1 – A indicação e seleção do beneficiário para a internação domiciliar é parte de uma política de atenção ao paciente crônico, visando desospitalização precoce do paciente estável, na qual ainda necessita de cuidados complexos dependentes da ação de enfermagem e tecnologia especializada, bem como suporte para urgência e emergência, estabelecendo metas terapêuticas. É parte também de uma política administrativa, considerando a melhor assistência com melhor custo-benefício em relação ao paciente internado. A internação em OSA deve ser uma alternativa.

2.4.2 – A admissão e a alta do paciente neste regime de atendimento obedecem a critérios epidemiológicos, administrativos e de custos/benefícios, resultado de avaliação técnica profissional por tipo de patologia e, ainda, por contar com a existência de um familiar ou responsável que more junto com o paciente.

2.4.3 – A necessidade de internação domiciliar decorre de indicação médica e administrativa, somente nos casos em que não é viável internação em OSA, visando garantir os benefícios advindos dessa modalidade de atendimento.

2.4.4 - A elegibilidade do paciente será definida por meio do preenchimento da Solicitação de Internação Domiciliar (ANEXO A) e da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (ANEXO B) por Oficial Médico ou Enfermeiro do efetivo da OC, que visitará o beneficiário e analisará os critérios de elegibilidade.

2.4.4.1 – Será de responsabilidade da OC o envio de Oficial Médico, Enfermeiro e Assistente Social para avaliação da elegibilidade, elaboração de plano terapêutico e acompanhamento do paciente em internação domiciliar. Nas localidades onde não houver Oficial Médico, Enfermeiro e Assistente Social do COMAER, a OC deverá enviar a equipe responsável pela avaliação da elegibilidade.

2.4.4.2 – Na localidade do Rio de Janeiro, a responsabilidade de envio do profissional para avaliação do paciente crônico idoso será da CGABEG por solicitação da OC.

2.4.5 – Conforme preenchimento da Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar (ANEXO B), o plano terapêutico será classificado da seguinte forma:

2.4.5.1 – Internação Domiciliar sem plantão de enfermagem;

2.4.5.2 – Visita pontual de enfermagem para realizar procedimentos específicos;

2.4.5.3 – Internação Domiciliar com até 6 horas de enfermagem;

2.4.5.4 – Internação Domiciliar com até 12 horas de enfermagem; e,

2.4.5.5 – Internação Domiciliar com até 24 horas de enfermagem.

2.4.6 – Verificada a elegibilidade do paciente pela auditoria local, por meio dos critérios pré-estabelecidos (Solicitação de Internação Domiciliar – ANEXO A e Tabela de Avaliação para Internação Domiciliar – ANEXO B) – a OC encaminhará o processo à SARAM, com o plano terapêutico, para que seja homologado.

2.4.6.1 – Qualquer mudança no plano terapêutico homologado ou alta da internação domiciliar (item 2.1.6 desta Ordem Técnica) irá requerer nova autorização. É vedada a inclusão de aditivos (benefícios) ao plano terapêutico sem autorização prévia da OC e sua respectiva homologação pela SARAM, bem como a solicitação de autorização e/ou prorrogação com data retroativa.

2.4.7 – O encaminhamento ao serviço credenciado ocorrerá nas situações em que a OSA não disponha de condições para a realização da internação domiciliar ou em que não exista OSA na localidade e, ainda, somente após homologação da Solicitação de Internação Domiciliar pela SARAM. Será feito por meio de Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB), emitida pela OC responsável, com validade equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 30 dias.

2.4.7.1 – Em situações excepcionais, nos casos em que a OSA não disponha de condições para a realização da internação domiciliar ou que não exista OSA nem prestador de serviço credenciado na localidade, a OC poderá autorizar o pagamento aos beneficiários do tipo AMHC na modalidade reembolso, desde que cumprida a determinação do item 2.4.3 desta Ordem Técnica.

2.4.7.2 – Nos casos excepcionais de solicitação de internação domiciliar na modalidade reembolso, deve ainda ser preenchida, além dos documentos previstos no item 2.4.3 desta Ordem Técnica, a Planilha para Cotação de Internação Domiciliar (ANEXO C), equivalente ao orçamento do prestador de serviço. Havendo mais de um prestador de serviço na localidade, deve ser realizada, preferencialmente, ampla pesquisa local de orçamentos.

2.4.8 – Obrigatoriamente, o paciente em internação domiciliar deverá ter um responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar, de modo a garantir a continuidade dos cuidados necessários quando esse receber alta.

2.4.9 – As normas contratuais para o serviço de atenção domiciliar na modalidade da internação domiciliar devem ser completamente explicadas ao beneficiário/responsável legal e as dúvidas dirimidas, inclusive com a assinatura do Termo de consentimento e adesão ao serviço de internação domiciliar (ANEXO D), em duas vias, pelo beneficiário/responsável legal e duas testemunhas; uma via será mantida no prontuário domiciliar do paciente e a outra arquivada na OC responsável.

2.4.10 – Os mecanismos para identificação dos pacientes para internação domiciliar, serão:

2.4.10.1 – por solicitação médica fundamentada (Solicitação de Internação Domiciliar – ANEXO A); ou,

2.4.10.2 – por busca ativa dentro do perfil de pacientes que utilizam frequentemente os serviços de saúde para reinternações e internados de longa permanência, desde que reúnam condições de atendimento em domicílio.

2.4.11 – Excluem-se dos critérios de elegibilidade para internação domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos; o domicílio sem estrutura mínima; e a ausência de responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.

2.4.12 – O fornecimento de dietas **enterais** industrializadas ou suplementos nutricionais durante a internação domiciliar deve ser fundamentada por estrita indicação clínica e a aquisição será feito pela OC ou pelo responsável por meio da modalidade de reembolso.

2.4.13 – As medicações profiláticas e de uso contínuo e/ou uso crônico (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, entre outros), as pomadas preventivas e hidratantes, bem como as fraldas descartáveis dos pacientes devem ser custeadas pelo beneficiário ou seu representante legal.

2.4.14 – O prestador do serviço de internação domiciliar deverá encaminhar à OC, até o 20º dia de cada mês, o relatório multidisciplinar do atendimento prestado que subsidiará possíveis alterações no plano terapêutico (prorrogação, aumentos ou reduções de visitas, alta do paciente).

2.4.15 – O beneficiário assistido será visitado mensalmente por auditor da OC, com o objetivo de avaliar a necessidade de prorrogação do plano terapêutico.

2.4.15.1 – Até o 15º dia do mês subsequente à prestação do serviço de internação domiciliar, a OC deverá enviar um Relatório Gerencial Mensal (ANEXO E) à SARAM, para monitoramento dos casos.

2.4.16 – O orçamento de valores dos serviços formulado após a avaliação do paciente não é o documento hábil para faturamento e serve apenas de referência para previsão dos gastos. O faturamento final, a ser conferido pela auditoria de contas, deve ser composto pelas fatura discriminativa dos serviços prestados, acompanhada dos relatórios de cada um dos profissionais envolvidos na atenção e da prescrição com checagem da enfermagem, todos devidamente preenchidos, carimbados e assinados pelos profissionais responsáveis.

2.4.17 – São necessárias prescrições médicas para todas as condutas que cabem ao ato médico, transferência do paciente, suspensão ou inclusão de medicamentos, tipos de serviços e tratamentos, até a alta.

2.4.18 – As faturas de internação domiciliar devem ser disponibilizadas mensalmente (ou conforme o período de cobertura especificado na guia de encaminhamento – GAB) para conferência e certificação pelo paciente e/ou responsável legal.

2.4.19 – A internação domiciliar cessará nos seguintes casos:

2.4.19.1 – mudança de domicílio para um ambiente inapropriado;

2.4.19.2 – não adesão, pelo paciente ou família, do plano terapêutico proposto; e,

2.4.19.3 – alta da internação domiciliar (item 2.1.6 desta Ordem Técnica)

2.4.20 – Cabe à OC garantir os fluxos de referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, quando necessários, de modo que, se houver complicações, emergências ou urgências durante a internação domiciliar, o paciente poderá ser adequadamente assistido.

2.4.21 – Nos casos de urgências/emergências, a comunicação do fato à OC, OSA ou Organização Militar (OM) da localidade deve ser imediata, pelo responsável do paciente.

2.5 – ATENÇÃO DOMICILIAR NA MODALIDADE DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

2.5.1 – A assistência domiciliar visa o gerenciamento de doenças crônicas e busca a construção de uma estrutura de apoio que possibilite ao paciente e a seus familiares, enfrentar os problemas cotidianos advindos da enfermidade.

2.5.2 – A indicação e seleção do beneficiário nesta modalidade é parte de uma política que visa: melhorar a qualidade de vida e identificar fatores de riscos determinantes do estado de saúde; estimular o engajamento da família no processo de otimização dos cuidados; promover ações para minimizar os efeitos de doenças e incapacidades, com a participação de profissionais especializados e/ou cuidador responsável; promover a assistência nas complicações e manifestações mais avançadas da doença, reabilitando ou amenizando sequelas já instaladas; reduzir a utilização dos serviços assistenciais com tecnologias desnecessárias; reduzir o número de internações/reinternações hospitalares, bem como o tempo de permanência hospitalar (atuação preventiva nas intercorrências); promover maior conforto e dignidade para os pacientes em processo de finitude; e motivar o indivíduo a melhor compreender e aceitar sua condição de saúde, contribuindo para melhoria da adesão ao tratamento.

2.5.3 – Os beneficiários do SISAU podem participar desta modalidade de atenção à saúde pela rede complementar do SISAU, nas situações em que a OSA local não disponha de condições para a realização de assistência domiciliar ou em que não exista OSA na localidade, e desde que reúnam todos os seguintes critérios de elegibilidade:

a) problemas de saúde que gerem incapacidade permanente ou temporária, passíveis de reabilitação ou adaptação, independente da idade do paciente; e,
b) dificuldade ou impossibilidade clínica de locomoção até uma unidade de saúde, conforme parecer médico.

2.5.3.1 – Os mecanismos para identificação dos pacientes para assistência domiciliar serão:

a) por procura espontânea do paciente e/ou seu responsável legal; e,

b) por busca ativa dentro do perfil de pacientes que utilizam frequentemente os serviços para reinternações, desde que, em ambos os casos das alíneas "a" e "b", reúnam as condições definidas nos critérios de elegibilidade do item 2.5.3.

2.5.3.2 – A elegibilidade do paciente será estabelecida a partir do preenchimento e análise da Solicitação de Assistência Domiciliar (Anexo F), observando-se os critérios apresentados no item 2.5.3.

2.5.3.3 – A OC indicará Oficial Médico e/ou Enfermeiro para visitar o beneficiário e preencher a Solicitação de Assistência Domiciliar (Anexo F). Uma vez verificada a elegibilidade do paciente, esse mesmo Oficial elaborará o Plano de Assistência Domiciliar (Anexo G) para que a OC analise e encaminhe o processo (Solicitação de Assistência Domiciliar e Plano de Assistência Domiciliar) à SARAM, para que sejam homologados a indicação e o plano proposto.

2.5.3.3.1 – Nas localidades desprovidas de Oficial Médico e/ou Enfermeiro caberá a OC encaminhar o profissional para avaliação in loco.

2.5.3.4 – Na localidade do Rio de Janeiro, em se tratando de beneficiário idoso (acima de 60 anos), a avaliação da elegibilidade para assistência domiciliar e a elaboração do plano terapêutico será de responsabilidade da CGABEG, a qual será acionada pela OC responsável.

2.5.3.5 – Qualquer mudança no plano assistencial homologado ou necessidade de reinício da assistência domiciliar após sua suspensão (item 2.1.7 desta Ordem Técnica) irá requerer nova autorização.

2.5.3.6 – É vedada a admissão de benefícios e/ou inclusão de aditivos ao plano previamente aprovado sem autorização da OC e sua respectiva homologação pela SARAM, bem como a solicitação de autorização e/ou prorrogação com data retroativa.

2.5.4 – As normas para a prestação da atenção domiciliar na modalidade de assistência domiciliar devem ser completamente explicadas ao beneficiário/responsável legal e as dúvidas dirimidas, inclusive com a assinatura do Termo de Adesão ao serviço de Assistência Domiciliar (Anexo H), em duas vias, pelo beneficiário/responsável legal e duas testemunhas; uma via será mantida no prontuário domiciliar do paciente e a outra arquivada na OC responsável.

2.5.5 – A OC responsável deverá abrir pasta individual para cada beneficiário inscrito na assistência domiciliar, contendo os formulários especificados e devidamente preenchidos, bem como os registros de evolução, plano de cuidados e duração do tratamento, a qual será arquivada com fins documentais.

2.5.6 – A autorização de uso do serviço credenciado (nas situações em que a OSA local não disponha de condições para a realização de assistência domiciliar ou em que não exista OSA na localidade) ocorrerá após homologação da Solicitação de Assistência Domiciliar (Anexo F) pela SARAM e será feita por meio de Guia de Apresentação de Beneficiário (GAB), emitida pela OC responsável, equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB definirá o(s) tipo(s) de procedimento(s) específico(s) e período autorizado de execução do serviço, o qual não será superior a 30 dias.

2.5.6.1 – Em situações excepcionais, nos casos em que a OSA não disponha de condições para a realização da assistência domiciliar ou em que não exista OSA nem prestador de serviço credenciado na localidade, a OC poderá autorizar, para os beneficiários do SISAU do tipo AMHC, o pagamento dos serviços de saúde por meio da modalidade reembolso, desde que cumprida a determinação dos itens 2.5.3 (e seus subitens) e 2.5.4 desta Ordem Técnica.

2.5.6.2 – Nos casos excepcionais de solicitação de assistência domiciliar na modalidade reembolso deve ainda ser preenchida, além dos documentos previstos nos itens 2.5.3.2 e 2.5.3.3 desta Ordem Técnica, a Planilha para Cotação de Assistência Domiciliar (ANEXO I), equivalente ao orçamento do prestador de serviço. Havendo mais de um prestador de serviço na localidade, deve ser realizada ampla pesquisa de orçamentos.

2.5.7 – A cada 90 dias de prestação do serviço de assistência domiciliar, a OC deverá encaminhar Relatório Gerencial a SARAM (ANEXO J), para monitoramento dos casos. Na localidade do Rio de Janeiro, em se tratando de beneficiário idoso (acima de 60 anos), o acompanhamento trimestral será de responsabilidade da CGABEG, a qual será acionada pela OC responsável.

2.5.8 – A visita domiciliar de médico de qualquer especialidade, de caráter eletivo, não prevista no plano de assistência domiciliar, deverá ser submetida a análise e autorização prévia da OC responsável.

2.5.9 – Cabe à OC garantir os fluxos de referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, quando necessários, de modo que, se houver complicações, emergências ou urgências durante a assistência domiciliar, o paciente poderá ser adequadamente assistido.

2.5.9.1 – Nos casos de urgências/emergências, a comunicação do fato à OC, OSA ou Organização Militar (OM) da localidade deve ser imediata, pelo responsável do paciente.

2.5.10 – Para continuidade dos atendimentos domiciliares seriados (como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional), os profissionais de saúde credenciados deverão encaminhar até o 20º dia de cada mês, à OC responsável, relatórios dos atendimentos e progressos alcançados. No caso de beneficiários atendidos por meio da modalidade reembolso, tais relatórios devem ser solicitados e encaminhados à OC, mensalmente, pelo beneficiário e/ou seu representante legal.

2.5.10.1 – Os relatórios citados no item 2.5.10 serão avaliados trimestralmente pela equipe de auditoria local, sendo vedada a implementação de atendimentos seriados sem a autorização prévia da OC responsável e a homologação da SARAM.

2.5.10.2 - Na localidade do Rio de Janeiro, em se tratando de beneficiário idoso (acima de 60 anos), a avaliação citada nesse item será responsabilidade da CGABEG, a qual será acionada pela OC responsável.

2.5.11 – Não será objeto de cobertura da assistência domiciliar os gastos referentes a materiais de uso pessoal e higiene ou limpeza doméstica, mesmo que para atendimento do beneficiário (fraldas, sabão líquido, toalha de papel, hidratantes, antissépticos orais, produtos manipulados e pomadas preventivas de assadura, equipamento de proteção individual, etc). A aquisição de tais materiais é de responsabilidade exclusiva do beneficiário e/ou seu representante legal.

2.5.12 – A aquisição de medicações de caráter ambulatorial (uso profilático, crônico e/ou contínuo) é de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal, assim como, dieta enteral industrializada e /ou suplementos nutricionais.

2.5.13 – Excluem-se dos critérios de elegibilidade para assistência domiciliar: os doentes psiquiátricos e dependentes químicos; o domicílio sem estrutura mínima; e a ausência de responsável, com vínculo familiar ou não, para receber orientações da Equipe Multiprofissional da Atenção Domiciliar.

2.6 – REEMBOLSO PARA CUIDADOR

2.6.1 – O reembolso para cuidador será efetuado diretamente ao responsável legal contratante e terá o objetivo de remunerar uma pessoa, maior de 18 anos, com educação de nível fundamental completo, curso da área, contratada pelo beneficiário ou seu representante legal, para executar tarefas relacionadas às necessidades de alimentação, administração de medicamentos de rotina, movimentação, higiene, e outras atividades da vida diária e cuidados continuados em saúde de beneficiário que não possua familiar com possibilidade de assumir tais cuidados.

2.6.2 – Para fazer jus ao reembolso para cuidador, são necessários todos os seguintes requisitos:

a) o beneficiário deve preencher os critérios de elegibilidade para participar da assistência domiciliar (item 2.5.3 e seus subitens);

b) deve ser realizada análise, estudo e parecer social por Assistente Social do Comando da Aeronáutica (Ficha Social - ANEXO K), para constatação da inexistência de familiar com possibilidade de assumir as tarefas de um cuidador. Para os casos específicos de análise para reembolso de cuidador, não é necessária a avaliação da estrutura socioeconômica familiar, prevista no Anexo K;

c) a necessidade do cuidador deve estar indicada no plano terapêutico proposto, seja para a internação domiciliar ou para a assistência domiciliar;

d) o registro na carteira profissional deverá ser com a qualificação de cuidador.

2.6.3 – O reembolso para cuidador terá seu valor limitado ao teto estabelecido pela tabela da SARAM, do qual será descontada a coparticipação de 20% prevista em legislação específica.

2.6.3.1- A autorização para reembolso será dada pela OC por períodos de até 90 dias, após a homologação da assistência domiciliar pela SARAM, renováveis por períodos de até 90 dias.

2.6.4 – Caso o valor pago pelo beneficiário ao cuidador exceda o teto estabelecido, o pagamento da diferença será de inteira responsabilidade do beneficiário titular. Em todos os casos, será reembolsado apenas 1 cuidador por paciente beneficiário, sendo pago o valor estabelecido na tabela da SARAM descontada a coparticipação.

2.6.4.1 - Todos os encargos relativos à prestação dos serviços do cuidador são de inteira responsabilidade do beneficiário titular e/ou seu representante, não cabendo ao Comando da Aeronáutica arcar com nenhuma dessas despesas.

2.6.5 – O titular ou seu representante legal é o responsável pela contratação do cuidador, por seu pagamento (inclusive de encargos trabalhistas) e pelo acompanhamento dos cuidados a ele atribuídos.

2.6.6 – O reembolso para cuidador não está previsto na modalidade de Internação Domiciliar.

2.6.7 - Não se incluem no item 2.6.1 os pacientes psiquiátricos.

2.7 – INTERNAÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

2.7.1 – São considerados elegíveis para internações de longa permanência em ILP (Instituição de Longa Permanência) credenciada os beneficiários que apresentem quadros crônicos que necessitem de assistência especializada e incompatíveis com a permanência na residência ou em OSA, conforme relatório social (anexo K).

2.7.2 - O encaminhamento ao serviço credenciado ocorrerá nas situações em que a OSA não disponha de condições para a realização de internação para pacientes crônicos ou em que não exista OSA na localidade e, ainda, somente após homologação da Solicitação de Internação pela SARAM. Será feito por meio de Guia de Apresentação do Beneficiário (GAB), emitida pela OC responsável, com validade equivalente ao período de execução dos serviços. Cada GAB deve definir o período autorizado de execução do serviço, o qual não deve ser superior a 30 dias.

2.7.3 – Em situações excepcionais, nos casos em que a OSA não disponha de condições para a realização da internação de pacientes crônicos ou que não exista OSA nem prestador de serviço credenciado na localidade, a OC poderá autorizar o pagamento aos beneficiários do tipo AMHC na modalidade reembolso, desde que cumprida a determinação do item 2.7.1 desta Ordem Técnica.

2.7.3.1 – O reembolso para internações de longa permanência terá seu valor limitado ao teto estabelecido pela tabela da SARAM, do qual será descontada a coparticipação de 20% prevista em legislação específica. A autorização para reembolso será dada pela OC por períodos de até 30 dias.

2.7.3.2 – Na localidade do Rio de Janeiro, em se tratando de beneficiário idoso (acima de 60 anos), os beneficiários do tipo AMHC internados na CGABEG na modalidade de internação de longa permanência podem optar pelo reembolso das despesas, conforme previsto no item 2.7.3.1.

2.7.4 - Nas localidades onde houver OSA a visita ao beneficiário assistido será mensal realizada por médico da OC, com o objetivo de avaliar o relatório de prorrogação encaminhado pelo prestador.

2.7.4.1 – Nas localidades onde não houver OSA a visita deverá ser realizada por médico da OC com periodicidade de até sessenta dias.

2.7.4.2 - Na localidade do Rio de Janeiro, em se tratando de beneficiário idoso (acima de 60 anos), a avaliação citada nesse item será responsabilidade da CGABEG, a qual será acionada pela OC responsável e deverá ser mensal.

2.7.5 – Até o 15º dia do mês subsequente à prestação do serviço de internação, a OC deve enviar relatório gerencial mensal (anexo E) à SARAM para monitoramento dos casos.

2.7.6 – A internação de longa permanência cessará nos seguintes casos:

2.7.6.1 – mudança para internação hospitalar no caso de intercorrência clínica, assistência domiciliar ou internação domiciliar;

2.7.6.2 – não adesão à Instituição, pelo paciente ou família; e,

2.7.6.3 – óbito.

2.8 – ATRIBUIÇÕES

2.8.1 – São atribuições da DIRSA/SARAM:

2.8.1.1 – proceder às revisões normativas e à reorientação da política de atenção ao paciente crônico, quando necessário;

2.8.1.2 – gerenciar o fluxo de encaminhamento dos pacientes por meio de análises custo-benefício e da consideração do número de leitos e da taxa de ocupação de cada OSA;

2.8.1.3 – Monitor as ações das OC através da análise do Relatório Gerencial de qualquer modalidade de Atenção Domiciliar, notificando quando verificadas discrepâncias, orientando ações sobre o caso.

2.8.2 – São atribuições das OC:

2.8.2.1 – promover visita inicial ao domicílio/local de prestação do serviço de atenção domiciliar e internação de longa permanência, para avaliação dos riscos inerentes ao ambiente, verificação da qualidade do corpo técnico e do serviço prestado. Esta análise deverá ser realizada preferencialmente por Assistente Social.

2.8.2.2 – gerenciar a atenção domiciliar oferecida por prestador credenciado ou pela modalidade de reembolso, visando sempre o princípio da economicidade dos recursos, verificando a elegibilidade do paciente por meio dos critérios pré-estabelecidos e encaminhando o processo para homologação pela SARAM;

2.8.2.3 – verificar o nível de conformidade legal do prestador de serviço. No caso específico da internação domiciliar, é necessário verificar: se possui alvará expedido pelo órgão sanitário competente; se possui como responsável técnico um profissional de nível superior da área da saúde, habilitado junto ao respectivo conselho profissional; e se está inscrito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES.

2.8.2.4 – apresentar, ler e explicar, ao beneficiário e/ou seu responsável legal, o Termo de Consentimento e adesão ao serviço de internação domiciliar (ANEXO D), no caso de internação domiciliar, ou o Termo de Adesão ao serviço de Assistência Domiciliar (Anexo H), no caso de assistência domiciliar, de forma que quaisquer dúvidas estejam dirimidas no momento da assinatura;

2.8.2.5 – nos casos de uso da atenção por meio da modalidade reembolso, seja na internação domiciliar ou na assistência domiciliar, levantar orçamentos do serviço, conforme itens 2.4.7.2 e 2.5.6.2 por meio da Planilha para Cotação de Internação Domiciliar (ANEXO C) ou a Planilha para Cotação de Assistência Domiciliar (ANEXO I);

2.8.2.6 – nos casos de internação de longa permanência ou internação domiciliar, realizar visita mensal ao paciente nas localidades onde houver OSA e em até sessenta dias onde não houver OSA, a fim de avaliar a necessidade de prorrogação do plano terapêutico proposto previamente, através do relatório multidisciplinar apresentado pela prestadora do serviço e, ainda avaliar o serviço prestado, as condições ambientais e o corpo técnico (aspectos que, se desfavoráveis, podem indicar o descredenciamento ou suspensão do reembolso, com transferência do paciente);

2.8.2.7 – nos casos de assistência domiciliar, providenciar visitas domiciliares com periodicidade de 90 dias por médico ou enfermeiro, determinado pela OC.

2.8.2.8– nos casos de internação domiciliar, elaborar e enviar, até o 15º dia do mês subsequente à prestação do serviço de internação domiciliar, Relatório Gerencial Mensal à SARAM (ANEXO E), para monitoramento dos casos;

2.8.2.9 – nos casos de internação de longa permanência ou assistência domiciliar, informar à DIRSA/SARAM, com periodicidade trimestral, os dados de acompanhamento e avaliação da assistência, por meio do Relatório Gerencial Trimestral (Anexo J);

2.8.2.10 – garantir os fluxos de referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, quando necessários, de modo que, se houver complicações durante a atenção domiciliar, em quaisquer de suas modalidades, ou durante a internação de longa permanência, o paciente poderá ser adequadamente assistido;

2.8.2.11 – disponibilizar meio de contato que permita ao beneficiário e/ou seu representante legal comunicar quaisquer intercorrências;

2.8.2.12 – aplicar os motivos de suspensão ou de alta da atenção ao paciente crônico previstos nesta Ordem Técnica; e

2.8.2.13 – implantar a coparticipação financeira mensal das despesas relativas à atenção ao paciente crônico, nos casos de emissão de GAB, ou analisar e processar as solicitações de reembolso.

2.8.3 – São atribuições do beneficiário e/ou de seu representante legal:

2.8.3.1 – nos casos de atenção domiciliar, ter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização prestação dos serviços, em quaisquer de suas modalidades, e providenciar as adaptações necessárias na residência para o atendimento do paciente;

2.8.3.2 – providenciar um cuidador responsável, quando necessário, para início e manutenção da atenção.

2.8.3.3 – aderir ao plano terapêutico/assistencial aprovado pela OC e homologado pela SARAM, em quaisquer das modalidades de atenção domiciliar, sendo vedado ao beneficiário e/ou a seu representante legal solicitar, diretamente ao prestador de serviços, qualquer serviço ou procedimento fora do plano previamente autorizado, sem a autorização da OC e a homologação da SARAM;

2.8.3.4 – autorizar visita do domicílio e do paciente por auditores da OC responsável, sempre que necessário;

2.8.3.5 – assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento do paciente, de modo a estarem aptos para a execução dos cuidados básicos que não requeiram assistência técnica profissional;

2.8.3.6 – disponibilizar meio de contato que permita à OC ou aos profissionais envolvidos na atenção domiciliar entrar em contato, sempre que necessário;

2.8.3.7 – fazer comunicação imediata das situações de urgência/emergência à OC, OSA ou OM da localidade;

2.8.3.8 – providenciar a aquisição de medicações profiláticas, de uso contínuo e/ou uso crônico (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, entre outros), pomadas preventivas e hidratantes, fraldas descartáveis necessárias ao paciente, em quaisquer de suas modalidades de atenção, bem como dieta enteral industrializada e/ou suplementos nutricionais. Esses materiais não serão reembolsados pelo FUNSA.

2.8.3.9 – providenciar locação ou aquisição dos seguintes aparelhos e equipamentos, quando necessários à atenção domiciliar do paciente, em quaisquer de suas modalidades: andador, cadeira de banho, cadeira de rodas, cama hospitalar (incluindo escada e colchão), comadre/papagaio, nebulizador, termômetro. Esses materiais não serão reembolsados pelo FUNSA.

3 – DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 – Esta Ordem Técnica foi elaborada pela Divisão Técnica da SARAM.

3.2 – Os casos não previstos na presente Ordem Técnica serão resolvidos pelo Diretor de Saúde.

3.3 – A presente publicação entrará em vigor após sua publicação no Boletim do Comando da Aeronáutica (BCA).

MAJ BRIG MED ARMANDO CELENTE SOARES
Diretor de Saúde da Aeronáutica

Anexo A

RELATÓRIO ANALÍTICO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR

Nome do Paciente:

SARAM:

Solicitamos o preenchimento pelo médico responsável e posterior devolução, uma vez que este formulário é imprescindível para análise.

Pelo presente instrumento, solicito internação domiciliar para o paciente em referência e, para tanto, forneço as informações técnicas necessárias.

1. Diagnóstico Principal:

2. CID:

3. Doenças associadas:

4. Motivo da internação atual:

5. Tempo estimado para internação domiciliar:

6. O estado do atual do paciente é estável? ☐ Sim ☐ Não

Em caso positivo, há quanto tempo:

7. Internações pregressas motivadas pelo quadro em questão: ☐ Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ou mais

8. No domicílio, o(a) paciente fará uso da(s) seguinte(s) vias(s): ☐ I.M. ☐ E.V. ☐ SC ☐ SNE ☐ Gastrostomia ☐ V O

9. No domicílio, necessitará de aspiração orotraqueal ou oral? ☐ Sim ☐ Não

10. Requer curativos por profissional de saúde: ☐ Sim *Justificar:*

☐ Úlcera de pressão ☐ Ferida cirúrgica ☐ Abscesso

☐ Outros

☐ Não

11. Fisioterapia? ☐ Sim ☐ Não

Justificar:

12. Fonoterapia? ☐ Sim ☐ Não

Justificar:

13. Há necessidade de Oxigênio? : ☐ Sim *Tipo:* ☐ Contínuo ☐ Intermitente

☐ Não

Prescrição:

14. Prognóstico:

Continuação do Anexo A

HISTÓRICO ATUAL E PRESCRIÇÃO DE ALTA

(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO ASSISTENTE)

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Local: _____, __/__/____

Telefone para contato: _____

_____
Assinatura, Carimbo e CRM do Médico Responsável.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO AUDITOR DA ORGANIZAÇÃO CREDENCIADORA

1. AVALIAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO CREDENCIADORA:

1.1. Critérios de pontuação e elegibilidade para admissão, conforme Anexo B: Pontuação: _____ Elegibilidade: _____

1.2. Atende aos critérios de custo/benefício? ☐ Sim ☐ Não

Certificação do Médico Auditor:

Data, __/__/____

Anexo B

TABELA DE AVALIAÇÃO PARA INTERNAÇÃO DOMICILIAR

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO:

Nome do Paciente:

SARAM: Data de Nascimento: / / OSA Solicitante:

Diagnóstico:

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO AUDITOR DA ORGANIZAÇÃO CREDENCIADORA

GRUPO A	
Internação no último ano:	
0-1 Internação	0
2-3 Internações	1
+3 Internações	2
Tempo desta internação:	
Menos de 10 dias	0
10 – 30 dias	1
+ de 30 dias	2
Deambulação:	
Sem auxílio	0
Com auxílio	1
Não deambula	2
Plegias:	
Ausentes	0
Pres c/ adaptação	1
Pres s/ adaptação	2
Eliminações:	
Sem auxílio	0
Com auxílio ou sonda	1
Sem controle esfincteres	2
Sondagem intermitente	3
Estudo Nutricional	
Eutrófico	0
Emagrecido	1
Caquético	2
Higiene	
Sem auxílio	0
Com auxílio	1
Dependente	2
Somatório Grupo A:	

GRUPO B	
Alimentação:	
Sem auxílio	0
Assistida	1
Por sonda	2
Por cateter	3
Curativos:	
Ausentes ou simples	0
Médios	1
Grandes	2
Complexos	3
Nível de consciência:	
Consciente e calmo	0
Consciente e agitado	1
Confuso	2
Comatoso	3
Somatório Grupo B:	

* Some abaixo o total de pontos dos grupos:

*** Somatório Grupo A x 1:**	
*** Somatório Grupo B x 2:**	
*** Somatório Grupo C x 3:**	
*** Pontuação total = (Ax1) + (Bx2) + (Cx3):**	

Pontuação	Classificação
< 8	Sem identificação.
8 a15	ID. com visitas de Enfermagem.
16 a 20	ID. com até 6 horas de Enfermagem.
21 a 30	ID. com até 12 horas de Enfermagem.
> 30	ID. com até 24 horas de Enfermagem.

Fonte: NEAD
* **ID**: Internação domiciliar

GRUPO C	
Secreção pulmonar:	
Ausente	0
Peq / mod. quantidade	1
Abundante	2
Drenos / Catet. / Estomias:	
Ausentes	0
Presente c/ família apta	1
Presente c/ família	2
Medicações:	
VO ou SNE	0
IM ou SC 1 ou 2x/dia	1
IM ou SC mais 2x/dia	2
EV 1 ou 2x/dia	3
EV mais 2x/dia	4
Quadro Clínico:	
Estável	0
Instabilidade parcial	1
Instável	2
Padrão Respiratório:	
Eupneico	0
Períodos de dispnéia	1
Dispnéia constante	2
Períodos de apnéia	3
Dependência de O2	
Ausente	0
Parcial (resp. esp)	1
Contínua (resp. esp)	2
Ventilação mecânica intermitente	3
Ventilação mecânica contínua	4
Somatório Grupo C:	

ANEXO C

PLANILHA PARA COTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA OU DOMICILIAR

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Nome do Paciente:

SARAM: Data de Nascimento: / / Previsão de Alta: / /

Diagnóstico:

ITENS	VALORES
Equipe multiprofissional	R$
Equipamentos	R$
Materiais	R$
Medicamentos	R$
Remoção do paciente	R$
TOTAL VALOR DIÁRIO:	R$
TOTAL VALOR MENSAL:	R$

Selecione os itens de acordo com a Prescrição Médica/Enfermagem:

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	QTD. DE VISITAS SEMANAIS	CUSTO DIÁRIO
☐ Aux. / Tec. Enf. ☐ 6h ☐ 12h ☐ 24h		R$
☐ Médico		R$
☐ Enfermeiro		R$
☐ Fisioterapia		R$
☐ Nutricionista		R$
☐ Fonoaudiólogo		R$
TOTAL:		R$

Continuação do ANEXO C

Selecione os itens de acordo com a Prescrição Médica/Enfermagem:

EQUIPAMENTOS	VALOR DIÁRIO
☐ Ambú com máscara	R$
☐ * Andador	R$
☐ Aspirador	R$
☐ Bomba de infusão	R$
☐ * Cadeira de banho	R$
☐ * Cadeira de rodas	R$
☐ * Cama hospitalar completa (Escada + Colchão)	R$
☐ * Comadre / papagaio	R$
☐ Concentrador	R$
☐ Monitor cardíaco	R$
☐ * Nebulizador	R$
☐ Oxigênio contínuo	R$
☐ Oxigênio SOS	R$
☐ Oxímetro	R$
☐ Respirador	R$
☐ * Respirador BIPAP	R$
☐ * Respirador CPAP	R$
☐ Suporte de soro	R$
☐	R$
☐	R$
☐	R$
TOTAL:	R$

** Equipamentos cuja aquisição são de responsabilidade do beneficiário e/ou do seu representante legal.*

Continuação do ANEXO C

Selecione os itens de acordo com a Prescrição Médica/Enfermagem:

MATERIAS	QUANTIDADES			VALOR DIÁRIO
	DIÁRIA	SEMANAL	MENSAL	
☐ Cadarço p/ fixador de cânula de traq.				R$
☐ * Colchão caixa de ovo				R$
☐ Coletor de urina sistema aberto				R$
☐ Coletor de urina sistema fechado				R$
☐ Equipo de infusão				R$
☐ Equipo microgotas				R$
☐ Equipo simples com injetor lateral				R$
☐ Equipo para bomba de infusão				R$
☐ Esparadrapo comum				R$
☐ Esparadrapo micropore				R$
☐ * Fralda descartável				R$
☐ Gaze estéril 7,5x7,5 pcte. c/10 unid.				R$
☐ Gaze não estéril				R$
☐ Bainha urológica				R$
☐ Cateter venoso				R$
☐ Luva profilática				R$
☐ Luva de procedimento estéril				R$
☐ Seringa 1ml com agulha				R$
☐ Seringa 3ml com agulha				R$
☐ Seringa 5ml com agulha				R$
☐ Seringa 10ml com agulha				R$
☐ Seringa 20ml com agulha				R$
☐ Sonda p/ aspiração traqueal				R$
☐ Sonda uretral				R$

** Materiais cuja aquisição são de responsabilidade do beneficiário e/ou do seu representante legal.*

Continuação do ANEXO C

Selecione os itens de acordo com a Prescrição Médica/Enfermagem

☐ Sonda foley				R$
☐ Saco coletor				R$
☐				R$
☐				R$
TOTAL:				R$

MEDICAMENTOS	DOSE	VIA DE ADMINISTRCÃO	HORÁRIO	VALOR DIÁRIO
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$
			: h	R$

Continuação do ANEXO C

Em caso de emissão de GAB:

Nº GAB	PERÍODOS	PRESTADOR	PROCEDIMENTO

Local e data: _____, ___/___/___ Hora ___:___ h

_____ _____

Militar ou Civil solicitante Assistente Social

Anexo D

Data de Emissão: ☐/☐/☐	TERMO DE CONSENTIMENTO E ADESÃO AO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR	FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Nome do Paciente:

Idade:	Sexo: ☐ M ☐ F	Saram:	Data de Nascimento: ☐/☐/☐	Telefone Residencial:	Celular:

Endereço Residencial:

Nome do Responsável Legal: | Parentesco:

Cuidador:

Empresa responsável pela assistência domiciliar: | Telefone:

Declaro que, de livre e espontânea vontade, opto pela continuidade do tratamento em regime domiciliar e que foi dado amplo conhecimento acerca de seus objetivos. Comprometo-me a participar efetivamente da internação domiciliar e a acompanhar as ações que serão desenvolvidas pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar.
Declaro, ainda, estar ciente e concordar com as condições abaixo especificadas:

I. A família deverá indicar uma pessoa que será responsável pelo paciente, a qual designará "Cuidador". Esta pessoa será de grande importância para que os objetivos do tratamento sejam atingidos, pois o "Cuidador" será responsável pelo acompanhamento e evolução do paciente, bem como pelo atendimento das necessidades gerais do paciente durante e após a alta da internação domiciliar.

II. As despesas com o "Cuidador", se existirem, serão de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal.

III. O "Cuidador" será capacitado e orientado para prestar os cuidados necessários ao paciente, facilitando a sua alta quando o quadro clínico assim o permitir. São atribuições do "Cuidador": os cuidados de higiene pessoal, a administração de medicamentos (exceto injetáveis), o auxílio na mobilização, a alimentação por sondas ou via oral, os curativos simples, etc.

IV. O "Cuidador" será o elo entre o cliente, a Equipe Multidisciplinar e os demais membros da família.

V. A família e o Cuidador deverão submeter-se a treinamento e assumir progressivamente as responsabilidades no tratamento, de modo a estarem aptos à execução dos cuidados após a alta da assistência domiciliar ou na suspensão da presença de técnico de enfermagem no domicílio.

VI. Sendo a internação domiciliar um serviço compartilhado, são de responsabilidade da família a aquisição e/ou locação de:

- Medicação profilática e de uso contínuo (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, diuréticos, ansiolíticos, antidepressivos, etc.);
- Pomadas preventivas e hidratantes;
- Produtos de higiene, inclusive fraldas descartáveis;
- Andador;

Continuação do Anexo D

- Cadeira de banho;
- Cadeira de rodas;
- Cama hospitalar (incluindo escada e colchão);
- Comadre / Papagaio;
- Nebulizador;
- Termômetro.

Por estar perfeitamente entendido e de acordo com todos os termos deste documento, assino abaixo em duas vias de igual teor, para todos os efeitos jurídicos e legais, na presença de duas testemunhas.

ASSINATURAS:

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____ h

____

Responsável pelo Paciente

____

____

Testemunha (1)

Identidade nº:(RG)

Testemunha (2)

Identidade nº:(RG)

Anexo E

Mês: ______

OSA: ______

RELATÓRIO GERENCIAL MENSAL

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Nome do Paciente:

SARAM:	Idade:	Data de Admissão da ID:	Período da última hospitalização:	Custo mensal da ID:	Liminar:
		/ /	/ / Até / /	R$	☐ Sim ☐ Não

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Nome do Paciente:

SARAM:	Idade:	Data de Admissão da ID:	Período da última hospitalização:	Custo mensal da ID:	Liminar:
		/ /	/ / Até / /	R$	☐ Sim ☐ Não

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

* **ID**: *Internação Domiciliar*

Anexo F

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Identificação do Beneficiário:

Nome do paciente:

SARAM:

Sexo: ☐ M ☐ F

Idade:

Titular:

Endereço completo: *(Com referências e telefone de contato)*

Identificação do Responsável Legal:

Nome:

Telefone:

Solicitação formalizada por:

☐ Nome do profissional solicitante:

Relatório: *(Anexar)* ☐ S ☐ N

☐ Nome do familiar solicitante:

Motivo da solicitação:

☐ Patologias crônicas degenerativas:

☐ Lesão permanente com incapacidade:

☐ Deformidades estruturais em membros:

☐ Complicações de longa convalescença:

☐ Beneficiário terminal, fora de possibilidade terapêutica:

☐ Outros:

Atividade de vida diária: *(Banho, alimentação, vestiário, locomoção)*

☐ Independente ☐ Parcialmente dependente ☐ Totalmente dependente

Atividade		Sim	Não
1. **Banho**	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	☐	☐
2. **Vestir-se**	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	☐	☐
3. **Higiene Pessoal**	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda. *(Pode usar andador ou bengala).*	☐	☐
4. **Transferência**	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda. *(Pode usar andador ou bengala).*	☐	☐
5. **Continência**	Controla completamente urina e fezes.	☐	☐
6. **Alimentação**	Come sem ajuda *(exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).*	☐	☐

Escore: 01 ponto para cada resposta "Sim"

Independente: 06 Pontos / **Dependência Leve:** 05 Pontos

Dependência Moderada: 3-4 Pontos / **Dependência Grave:** 0-2 Pontos

* Fonte: *ICA 160-192/2008*

Continuação do Anexo F

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Mobilidade:

- [ ] Caminha sem ajuda
- Necessita de apoio:
  - [ ] Bengala
  - [ ] Andador
  - [ ] Cadeira de rodas
- [ ] Restrito ao leito

Doenças associadas:

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertensão
- [ ] Outra:

- [ ] Medicação profilática de uso contínuo, quais:

- [ ] Medicação(ções) de uso contínuo em uso:

Sondas / Ostomias:

- [ ] Sim
- [ ] Não

Especificar:

Grau de domínio do beneficiário e/ou responsável sobre a manipulação da sonda / ostomia:

- [ ] Domina a técnica
- [ ] Necessita treinamento
- [ ] Incapaz de realizar este cuidado:

Justificar motivo:

Citar o motivo: Idade, restrição física, etc.):

Escaras:

- [ ] Sim
- [ ] Não

Localização / Grau / Fotografias:

- [ ] Necessita de curativos:

Tipo / Frequência / Capacidade de realização:

Dieta:

- [ ] Oral, sem restrições
- [ ] Enteral caseira ou artesanal
- [ ] Enteral industrializada

Controle dos esfincteres:

- [ ] Não controla / Uso de fraldas
- [ ] Controla

Continuação do Anexo F

SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Necessidade de tratamentos seriados:

☐ Fisioterapia: ☐ Motora ☐ Respiratória

Frequência:

☐ Terapia ocupacional

☐ Fonoaudiologia

Uso de equipamentos especiais: *(Descrever equipamento e o motivo)*

Resumo da visita domiciliar sobre o caso:

Preenche critério geográfico para acompanhamento gerencial?

☐ Sim ☐ Não

Avaliação final:

☐ Admissão para assistência domiciliar

☐ Sem perfil ☐ Indicado para internação domiciliar

Justificar:

Assinatura / Carimbo do Avaliador:	Supervidor Funsa: Autorizo	Data:: ☐/☐/☐

Anexo G

PLANO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Plano de ação / tipo de assistência indicada:

- ☐ Fisioterapia. Número de sessões / semana: ☐ ☐ Ressarcimento ☐ Credenciamento / GAB
- ☐ Fonoaudiologia. Número de sessões / semana: ☐ ☐ Ressarcimento ☐ Credenciamento / GAB
- ☐ Terapia ocupacional. Número de sessões / semana: ☐ ☐ Ressarcimento ☐ Credenciamento / GAB
- ☐ Outros:

Previsto ressarcimento de cuidador:

☐ Sim ☐ Não

Assinatura / Carimbo do Avaliador:	Supervidor Funsa: Autorizo	Data:: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

Anexo II 1/2

Data de Emissão: ___/___/___

TERMO DE ADESÃO AO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Nome do Paciente:

Idade: | Sexo: M / F | Saram: | Data de Nascimento: ___/___/___ | Telefone Residencial: | Celular:

Endereço Residencial:

Nome do Responsável Legal: | Parentesco:

Cuidador:

Concordo em participar do Plano de Assistência Domiciliar proposto.
Declaro, ainda, estar ciente e concordar com as condições abaixo especificadas:

VII. Caso exista a necessidade de um Cuidador, a família deverá indicar uma pessoa que será responsável pelo paciente, cujas despesas e encargos trabalhistas, se houver, serão de responsabilidade do beneficiário e/ou seu representante legal.

VIII. Deve ser disponibilizado meio de contato que permita à Organização Credenciadora da FAB entrar em contato com o beneficiário e/ou seu representante legal, sempre que necessário.

IX. É vedada a implementação de qualquer atendimento de saúde sem a autorização prévia da Organização credenciadora da FAB.

X. No caso de atendimentos domiciliares seriados (como fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional) por meio da modalidade ressarcimento, o beneficiário e/ou seu representante legal devem solicitar, aos profissionais de saúde responsáveis, relatórios mensais dos atendimentos e progressos alcançados, e encaminhá-los à Organização Credenciadora.

XI. Em casos de intercorrências de saúde do beneficiário assistido, deve ser feita comunicação imediata do fato à Organização da FAB mais próxima.

XII. Sendo a assistência domiciliar um serviço compartilhado, são de responsabilidade da família a aquisição de materiais de uso pessoal e higiene ou limpeza doméstica, e medicações de caráter ambulatorial (uso profilático, crônico e/ou contínuo), necessários ao atendimento ao paciente.

XIII. Devem ser autorizadas visitas do domicílio e do paciente por auditores da Organização credenciadora responsável, sempre que esta considerar necessário.

XIV. O beneficiário e/ou seu representante legal devem manter, no domicílio, infraestrutura física compatível com a realização da assistência domiciliar e providenciar as adaptações necessárias na residência para o atendimento do paciente.

Continuação do Anexo H

Por estar perfeitamente entendido e de acordo com todos os termos deste documento, assino abaixo em duas vias de igual teor, para todos os efeitos jurídicos e legais, na presença de duas testemunhas.

ASSINATURAS:

_____ (Local), ☐/☐/☐ Hora ☐:☐ h

_____

Paciente ou Responsável Legal

_____

Testemunha (1)

Identidade nº:(RG)

☐

_____

Testemunha (2)

Identidade nº:(RG)

☐

Anexo I

PLANILHA PARA COTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Nome do Paciente:

FUNSA:

Data de Nascimento: ___/___/___

Sexo: ☐ M ☐ F

Diagnóstico:

Selecione os itens de acordo com a solicitação para a assistência domiciliar / visita técnica:

ITENS	VALORES	FREQUÊNCIA
Cuidador	R$	
Fisioterapia	R$	
Fonoaudiologia	R$	
Terapia ocupacional	R$	
Outro profissional	R$	
Procedimentos pontuais *(Curativos/ Medicamento injetável / Etc.)* *Especificar:*	R$	
Médico *(Especialidade)* *Especificar:*	R$	
TOTAL VALOR:	R$	

Em caso de emissão de GAB:

Nº GAB	PERÍODOS	PRESTADOR	PROCEDIMENTO

Local e data: _____, ___/___/___ Hora ___:___ h

Militar ou Civil solicitante

Assistente Social

Anexo J

Mês:

OSA:

RELATÓRIO GERENCIAL TRIMESTRAL

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

Nome do Paciente:

SARAM: | Idade: | Data de Admissão da AD: / / | Período da última hospitalização: / / Até / / | Custo mensal da Modalidade Credenciamento: | Custo mensal da Modalidade Ressarcimento: | Liminar: ☐ Sim ☐ Não

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

Nome do Paciente:

SARAM: | Idade: | Data de Admissão da AD: / / | Período da última hospitalização: / / Até / / | Custo mensal da Modalidade Credenciamento: | Custo mensal da Modalidade Ressarcimento: | Liminar: ☐ Sim ☐ Não

Diagnóstico:

Plano Terapêutico:

AD

Anexo K

FICHA SOCIAL

FORÇA AÉREA BRASILEIRA

1. Identificação:

Nome do Beneficiário:

CPF:

Idade:

Sexo: ☐ M ☐ F

SARAM:

Data de Nascimento: / /

Telefone Residencial:

Celular:

Endereço Residencial:

2. Estrutura socioeconômica familiar:

☐ Família aceita a desospitalização

NOME	PARENTESCO	IDADE	ATV. LABORATIVA	SALÁRIO
				R$
				R$
				R$
				R$
				R$
RENDA FAMILIAR:				R$

3. Situação habitacional:

Residência:

☐ Apto

☐ Casa

☐ Fácil acesso

Tipo:

☐ Própria ☐ Alugado ☐ PNR

☐ Outros:

Infraestrutura:

☐ Um cômodo ☐ Até 3 cômodos

☐ Mais de 3 cômodos

☐ Cômodo adequado para receber o paciente

Saneamento básico:

☐ Água encanada

☐ Esgoto

☐ Falta de luz freqüente

4. Situação saúde:

Dependentes:

Possui dependentes com problemas de saúde?

☐ Sim ☐ Não

Quem?	Qual?	Usa medicamentos contínuos?

Continuação do Anexo K

5. Encargos mensais:

Alimentação: R$	Luz: R$	Crediário: R$	Telefones: *(Fixo Celular)* R$	Outros: *(Especificar)*
Saúde: *(Remédios, planos)* R$	Água: R$	Cartão de crédito: R$	Empréstimos: R$	
Educação: *(Colégio, Faculd../Cursos)* R$	Gás: *(Encanado,Botijão)* R$	Habitação: *(Financiamento, Aluguel...)* R$	Outros: R$	
			TOTAL DE GASTOS MENSAIS:	

6. Situação econômica mensal:

Renda líquida: R$		
Renda familiar: R$	Gastos mensais: R$	
Total da renda: R$	Total líquido: R$	Renda bruta: R$

7. Solicitação:

Tipo de solicitação / Aquisição de:

- ☐ Internação domiciliar
- ☐ Assistência domiciliar
- ☐ Com ressarcimento para ILPI
- ☐ Ressarcimento de cuidador
- ☐ Familiar
- ☐ Contratado

Valor pago pelo beneficiário: R$

Valor indenizado pela SARAM: R$

8. Observações:

Local e data: __________, __/__/____ Hora __:__ h

____
Militar ou Civil solicitante

____
Assistente Social

Anexo L - Referências Bibliográficas

BRASIL, Comando da Aeronáutica. Instrução do Comando da Aeronáutica (ICA) 160-23, de 2011. Instruções para a Prestação da Assistência de Saúde aos Beneficiários do Fundo de Saúde da Aeronáutica.

BRASIL. RDC/ANVISA nº 11, de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar

DAL BEN, L.W.; GAIDIZNSKI, R.R. Sistema de Classificação de Pacientes em Assistência Domiciliária. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a16v19n1.pdf>. Acesso em 29 de julho de 2016.

JÚNIOR, V.R.; OLIVEIRA, K.R.D. Auditoria em Saúde: Abordagem Atualizada dos Conceitos e Fundamentos em Auditoria. São Paulo: Unimed do Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/. Acesso em 16 de setembro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013. Disponível em: http://biblioteca.cofen.gov.br/. Acesso em 16 de setembro de 2016.