



AFRAFEP

Associação dos Auditores Fiscais do Estado da Paraíba

CONSELHO DELIBERATIVO

TRIÊNIO 2019//2021



RESOLUÇÃO 003/2020

**Regulamenta o
serviço de Home
Care disponibilizado
aos beneficiários da
AFRAFEP e revoga a
Resolução nº
006/2019.**

Considerando a competência do Conselho Deliberativo da AFRAFEP constante no inciso XI, do art. 41, do Estatuto Social;

Considerando a necessidade de regulamentar o serviço de *home care* disponibilizado aos beneficiários da AFRAFEP;

Considerando a necessidade de garantir a sustentabilidade financeira da Associação,

RESOLVE:

INCLUSÃO NO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR (HOME CARE)

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

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

CNPJ: 09.306.242/0001-82

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

Fone: (83) 3048-5640 - Site: www.afrafep.org.br - afrafep@uol.com.br

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

Art. 3º Serão fornecidas as medicações injetáveis de uso hospitalar e dietas industrializadas por sonda que poderão ser disponibilizadas pela AFRAFEP bem como pela empresa contratada conforme decisão interna da operadora de saúde. Não serão fornecidas medicações de uso oral bem como os materiais de higiene pessoal, fraldas, hidratantes e materiais de prevenção de Lesão por Pressão – LPP.

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

DA ÁREA DE COBERTURA E DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

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

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ELEGIBILIDADE

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

I - ter domicílio, no momento da assistência, dentro da área de cobertura do serviço, conforme previsto no art. 5º desta Resolução;

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

CNPJ: 09.306.242/0001-82

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

Fone: (83) 3048-5640 - Site: www.afrafep.org.br - afrafep@uol.com.br



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

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

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

VI - apresentar consentimento formal e por escrito em relação às regras do serviço, mediante a assinatura do termo de adesão e de responsabilidade (em anexo) pelo menos pelo beneficiário titular do plano de saúde (responsável financeiro) ou seu responsável legal;

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

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

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

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

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

CRITÉRIOS PARA ALTA OU FINALIZAÇÃO DO SERVIÇO

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

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

II - alta por internação hospitalar;

III - alta por óbito;

IV - alta por recuperação terapêutica, viabilizando a assistência do beneficiário através do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) da AFRAFEP, de acordo com o parecer do médico assistencial do *Home Care* ou do médico da AFRAFEP;

V - alta por mudança de endereço (fora da área de cobertura do serviço de *Home Care*);

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

VII - alta por comportamento em desacordo com as normas e protocolos do serviço, devendo ser precedida de comunicação prévia por escrito;

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

IX - paciente ou responsável desobedece repetidamente às prescrições médicas;

X - ausência de responsável na residência;

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

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

DA PARTICIPAÇÃO FINANCEIRA DO BENEFICIÁRIO
(COPARTICIPAÇÃO)

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

I. 40% (quarenta por cento) sobre o valor global das despesas da AFRAFEP, no mês, com o serviço de *Home Care*;

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

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 9º Passa a vigorar o Regulamento consolidado do serviço de Internação Domiciliar (*Home Care*) aprovado nesta Resolução.

Art. 10. Os casos omissos serão submetidos à análise e consideração da Diretoria Executiva da AFRAFEP, cabendo recurso da decisão, no prazo improrrogável de 05 (cinco) dias úteis, ao Conselho Deliberativo da Associação.

Art. 11. Fica revogada a Resolução nº 06/2019 do Conselho Deliberativo.

Art. 12. Esta Resolução foi aprovada pelo Conselho Deliberativo da AFRAFEP em reunião ordinária realizada no dia 24 de setembro de 2020, e entra em vigor na data de sua aprovação.

GERALDO LEITE DA SILVA

Presidente do Conselho Deliberativo da AFRAFEP

RENATO NEIVA MONTENEGRO

Secretário do Conselho Deliberativo da AFRAFEP

Conselheiro:

Carlos Alberto Moreira da Silva

Francisco Petrônio de Oliveira Rolim

Tarciso Magalhães Monteiro de Almeida



Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75
CEP 58.037-050 João Pessoa-PB
Fone: (83) 3218-8800

decarlinto.com.br
@decarlinto

RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2020-064258

Reconheço por semelhança as firmas de:

RENATO NEIVA MONTENEGRO*****

GERALDO LEITE DA SILVA*****

Dou fê, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 13/10/2020 09:41:50
EMOL: R\$20,44 FEPJ: R\$4,08 FARPEN: R\$0,60 ISS: R\$1,02

SELO DIGITAL: AKQ34513-X75M, AKQ34514-LJUL

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MIRA - ESCRIVENTE



Rua Candido Pessoa, 31
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
toscanodebrito.com.br

REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA

Documento protocolado sob nº 792395 e registrado no Livro A 0973 sob nº 792395 e folha 215 e arquivado neste Serviço. Certifico e dou fê.

João Pessoa - PB, 13/10/2020 11:17:20

SELO DIGITAL: AKM47056-Q1PF

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

EMOL: R\$ 153,36 FARPEN: R\$ 13,04 FEPJ: R\$ 30,67 ISS: R\$ 77,57

VINICIUS AZEVEDO TOSCANO DE BRITO - SUBSTITUTO

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



Anexo II - TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL – ABEMID.

ANEXO I

TERMO DE ADESÃO E RESPONSABILIDADE AO SERVIÇO DE HOME CARE

O presente termo refere-se à solicitação de inclusão de beneficiário no serviço de Internação Domiciliar (*Home Care*) em substituição à internação hospitalar, e representa a anuência e concordância com o Regulamento do serviço de *Home Care* regulamentado pela Resolução nº 003/2020 aprovada pelo Conselho Deliberativo da Associação em 24 de setembro de 2020. Declaro ter sido informado claramente sobre todas as condições estabelecidas no Regulamento do serviço de *Home Care*, estando ciente de todo o seu teor e declaro, ainda, minha expressa ciência e concordância inclusive em:

Beneficiário / paciente: _____

Matrícula: _____ CPF: _____ RG _____

Titular do plano de saúde (responsável financeiro): _____

CPF: _____

RG: _____

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

CPF: _____ RG _____

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

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

3. tratar com urbanidade e presteza a Equipe Assistencial;

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

5. serão fornecidas as medicações injetáveis de uso hospitalar e dietas industrializadas por sonda que poderão ser disponibilizadas pela AFRAFEP bem como pela empresa contratada conforme decisão interna da operadora de saúde. Não serão fornecidas medicações de uso oral bem como os materiais de higiene pessoal, fraldas, hidratantes e materiais de prevenção de Lesão por Pressão
– LPP;

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

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

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

I - 40% (quarenta por cento) sobre o valor global das despesas da AFRAFEP, no mês, com o serviço de *Home Care*;

II - a coparticipação devida pela internação domiciliar (*Home Care*) é de responsabilidade do beneficiário titular do plano de saúde disponibilizado pela AFRAFEP e será cobrada de preferência juntamente com a mensalidade do plano de saúde.

9. o paciente será excluído do programa quando:

a) não cumprir as orientações da equipe;

b) não tiver responsável em tempo integral;

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

d) em caso de óbito;

e) mudança de domicílio para local fora da área de cobertura prevista no Regulamento do *Home Care*;

f) em caso de exclusão do plano de saúde disponibilizado pela AFRAFEP;

g) em caso de inadimplência com a AFRAFEP.

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

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

AFRAFEP

Beneficiário titular do plano de saúde

Paciente ou seu responsável legal



ANEXO II



TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID



Efetuada em ____/____/____

Nome do Paciente:		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento - 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento - 12 h:	
Matrícula:	Programação em dias de atendimento - 06 h:	
Diagnóstico Principal:		
Diagnóstico Secundário:		
Descrição	Itens da Avaliação	Pontos atribuídos
Suporte Terapêutico	Sonda Vesical Permanente	1
	Sonda Vesical Intermitente	2
	Traqueostomia sem Aspiração	2
	Traqueostomia com Aspiração	5
	Aspiração de Vias Aéreas Sup.	3
	Acesso Venoso Prof. Contínuo	5
	Acesso Venoso Intermitente	4
	A. Venoso Periférico Contínuo	5
	Diálise Domiciliar	5
Quimioterapia	Oral	1
	Sub Cutânea	3
	Intra Venosa	5
	Intra Tecal	5
Suporte Ventilatório	O ² Intermitente	2
	O ² Contínuo	3
	Ventilação Mec. Intermitente	4
	Ventilação Mecânica Contínua	5
Lesão Vascular/Cutânea	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
	Úlcera de Pressão Grau IV	5
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Independente	0
	Semi-Dependente	2
	Dependente Total	5
Dependência de Reabilitação Fisiot / Fonp / Etc. Seções Diárias	Independente	0
	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Ileo	3
	Nutrição Parenteral Total	5
Classificação dos Pacientes		TOTAL
Inferior a 07 pontos		Paciente não elegível para Internação Domiciliar
De 08 à 12 pontos		Baixa Complexidade
De 13 à 18 pontos		Média Complexidade
Acima de 19 pontos		Alta Complexidade
Ao obter um score 5, o paciente migra automaticamente para média complexidade		
Ao obter dois ou mais scores 5, o paciente migra automaticamente para Alta complexidade		
Obs. A migração acima referida, ocorre independente dos pontos totais obtidos		
Assinatura e carimbo:		Data:



TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL - ABEMID

Efetuada em ____/____/____



OBSERVAÇÕES:

I) Quanto ao Grau de Atividade da Vida Diária:

1- Entende-se por **paciente independente** aquele que pode ser acompanhado por cuidador ou familiar bem treinado

2- Entende-se por **parcialmente dependente**, aquele que apresenta duas ou mais das condições abaixo:

- a) Somente mobiliza-se do leito com ajuda de terceiros.
- b) Apresenta nível de consciência com confusão mental.
- c) Faz uso de medicações intravenosas de caráter intermitente.
- d) Necessita de curativos especializados / cirúrgicos diários.

3- Entende-se por **totalmente dependente**, aquele que:

- a) apresenta-se em prótese ventilatória contínua ou intermitente com 3 ou mais intervenções diárias
- b) apresenta-se inconsciente/comatoso ou totalmente restrito ao leito, associado a necessidade de algum dos suportes terapêuticos: cateter vesical, traqueostomia, acesso venoso e diálise domiciliar.
- c) faz uso de medicações intravenosas de caráter contínuo.
- d) possui cirurgia de fixação da coluna, em decorrência de instabilidade grave, com menos de 60 dias de P. O.

II) Quanto a Classificação:

- a) Se o somatório de pontos obtidos **for menor ou igual a 07 pontos**, o paciente será considerado não elegível para iniciar ou manter-se no programa de internação domiciliar;
- b) Se o somatório de pontos obtidos **for de 08 a 12 pontos**, o paciente será considerado de Baixa Complexidade;
- c) Se o somatório de pontos obtidos **for de 13 a 18 pontos**, o paciente será considerado de Média Complexidade;
- d) Se o somatório de pontos obtidos **for igual ou superior a 19 pontos**, o paciente será considerado de Alta Complexidade;
- e) Ao obter 01 pontuação 5, o paciente migra automaticamente para Média Complexidade;
- f) Ao obter 02 ou mais pontuações 5, o paciente migra automaticamente para Alta Complexidade, independente do total de pontos obtidos (com cuidados de enfermagem de 24 horas).

Obs.: 1 - Em TODOS os itens de avaliação, EXCETO os relacionados a coluna SUPORTE TERAPÊUTICO, os pontos NÃO se somam, **SEMPRE** prevalecendo o item de **MAIOR** pontuação em decorrência da maior COMPLEXIDADE

Obs.: 2 - Entende-se por **DEPENDÊNCIA TOTAL DE CUIDADOS** a necessidade de enfermagem 24h

Obs.: 3 - Entende-se por **DEPENDÊNCIA PARCIAL DE CUIDADOS** a necessidade de enfermagem 12h