

CIB RORAIMA	COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE	RESOLUÇÃO Nº 22/08
------------------------	---	-------------------------------

A PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, no uso de suas atribuições legais, e

Considerando a necessidade de garantir acesso de pacientes de um Estado a serviços assistenciais de outra Unidade Federada;

Considerando a importância da operacionalização de redes assistenciais de complexidade diferenciadas;

Considerando a Resolução CIB/RR nº 01 de 30 de janeiro de 2004, que aprova a Normatização para TFD (Tratamento Fora Domicílio);

Considerando ainda, que os membros do colegiado de gestão da CIB/RR, presentes na Terceira Reunião Ordinária, ocorrida em 12 de maio de 2008, estão cientes das orientações contidas no MANUAL DE NORMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO FORA DE DOMICILIO –TFD Estadual.

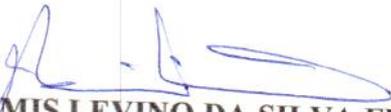
RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a alteração da Normatização do Tratamento Fora de Domicílio –TFD Estadual. Apresentada e analisada na Terceira Reunião Ordinária, ocorrida em 12 de maio de 2008.

Art. 2º Esta resolução entrará em vigor a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.

Boa Vista(RR), 19 de maio de 2008.


EUGÊNIA GLAUCY MOURA FERREIRA
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite-CIB


NAMIS LEVINO DA SILVA FILHO
Presidente do COSEMS/RR

Publicado no Diário Oficial
nº 833 de 06/06/08



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NORMATIZAÇÃO DE TFD
(TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO)

TFD

TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO

BOA VISTA – RR,
MARÇO DE 2008



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NORMATIZAÇÃO DE TFD

ÍNDICE

1. DO CONCEITO.....	3
2. DA AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO.....	3
3. DA HABILITAÇÃO.....	6
4. DAS REPRESENTAÇÕES.....	6
5. DO TRATAMENTO.....	7
6. DA PRESTAÇÃO DE CONTA.....	7
7. DAS EMERGÊNCIAS.....	7
8. DA EMISSÃO DE PASSAGENS.....	8
9. DO ACOMPANHANTE.....	9
10. DO ÓBITO.....	11
11. DAS AJUDAS DE CUSTO.....	11
12. DA JUNTA MÉDICA.....	12
13. DOS CASOS OMISSOS.....	12
14. ANEXO (TERMO DE COMPROMISSO DO PACIENTE).....	13
15. ANEXO (TERMO DE INDICAÇÃO DE ACOMPANHANTE).....	14
16. ANEXO (TERMO DE ENCARGO DE ACOMPANAHNTE).....	15
17. FLUXOGRAMA	16

1. DO CONCEITO

O benefício de TFD (Tratamento Fora de Domicílio), consiste no fornecimento de Passagens Áreas ou Terrestres, para deslocamento exclusivamente aos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus acompanhantes (se necessário), para realização de atendimento médico especializado em Unidades de Saúde cadastradas/conveniadas ao SUS em outras Unidades da Federação. Consiste ainda, ao pagamento de Ajuda de Custo aos pacientes/acompanhantes para alimentação e pernoite. Nos Estados em que o Estado de Roraima/Município de Boa Vista disponibilizará de hotel ou pousada, não serão pagas as referidas ajudas de custo.

2. DA AUTORIZAÇÃO E CONCESSÃO:

2.1. A Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista é responsável por todos os TFD'S Infantis, a partir de trinta (30) dias de vida, até quinze (15) anos, onze (11) meses e vinte e nove (29) dias, ficando à Secretaria de Estado da Saúde de Roraima, com os TFD'S de pacientes a partir de dezesseis (16) anos, e de crianças nascidas no Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth, até trinta (30) dias de vida.

2.2. O TFD (Tratamento Fora de Domicílio) será sugerido pelo médico especialista assistente do (a) paciente, mediante preenchimento de formulário do SUS/TFD/RR, ou seja, Laudo Médico de TFD. Os referidos TFD'S serão concedido com recursos do SUS (conforme Portaria SAS/MS 055/99), através das Unidades de Saúde do Estado de Roraima, a saber:

- a) Hospital Geral de Roraima – HGR – SESAU /RR;
- b) Centro de Referência da Saúde da Mulher – CRSM – SESAU/RR;
- c) Hospital Coronel Mota – HCM – SESAU/RR;
- d) Hospital Santo Antônio (Hospital da Criança) – SEMSA/BV
- e) Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazareth – HMINSN-SESAU/RR

f) Unidade de Assistência de Alta complexidade em Oncologia – Unacon

g) Centro de Referência de Especialidade Médica Patrícia Madruga Saraiva (Mecejana).

2.3. O TFD será concedido, exclusivamente a pacientes atendidos na Rede Pública ou em Unidades Conveniadas/Cadastradas ao SUS, com a finalidade de viabilizar o tratamento de doença Clínica ou Cirúrgica de natureza grave, quando esgotados todos os recursos locais.

2.4. Excluem-se deste:

- a) Todos os encaminhamentos das doenças de tratamento universal como: (Tuberculose, Hemodiálise, Malária, Leishmaniose, entre outras);
- b) Tratamentos Fisioterápicos, Doenças Psiquiátricas, Pacientes em Estado Terminal e Pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

2.5. Todo o caso com diagnóstico ou suspeito de neoplasia que necessitar de TFD será encaminhado através do UNACON, de acordo com a normatização aqui descrita.

2.6. O retorno do paciente para controle clínico do tratamento, dependerá sempre, de prévia avaliação da Junta Médica do TFD.

2.7. Quando o retorno do paciente para continuidade do tratamento for inferior a noventa (90) dias, o mesmo deverá permanecer no Estado onde se encontra realizando o tratamento. Pois o referido paciente somente terá direito a um novo TFD quando este período for superior a noventa (90) dias.

2.8. O laudo médico assim como os pacientes serão obrigatoriamente submetidos à avaliação da junta médica, composta por no mínimo dois (02) médicos, após esta concluir qual a melhor alternativa emitirá o parecer em campo próprio do laudo.

2.9. Após avaliação da junta médica será apensadas a documentação do pedido de TFD e o Estudo de Caso do paciente que será realizado por profissional Assistente Social responsável pelo setor de TFD.

2.10. O TFD somente será autorizado quando houver garantia de atendimento no Estado de referência, com horário e data previamente agendados pelo setor responsável.

2.11. Tão logo tenha a confirmação da data da consulta o setor de TFD da unidade em que o paciente estiver vinculado, encaminhará o processo para a Secretaria Estadual/Municipal de Saúde, solicitando a liberação do traslado do paciente, com garantia de ida e volta do (a) mesmo (a).

2.12. Constará no laudo do TFD, modelo único para todas as unidades a ser preenchida pelo médico assistente em letra legível, toda a informação detalhada a seguir descrita:

- a) Dados de identificação do paciente, acompanhante e do médico solicitante;
- b) Principais sinais e sintomas clínicos (histórico atual da doença);
- c) Diagnóstico inicial e CID específico;
- d) Procedimento solicitado;
- e) Condições que justificam a internação;
- f) Principais resultados de provas diagnósticas;
- g) Exames complementares realizados;
- h) Tratamento(s) realizado(s);
- i) Tratamento indicado e duração provável;
- j) Necessidade de acompanhante com justificativa, nos casos de crianças, adolescentes e idosos será observada a legislação vigente;
- k) Justificativa de proposta de TFD, em função de inexistência de recursos especializados no Estado de Roraima.

OBS: Todos os campos do Laudo Médico de TFD são de preenchimento obrigatório.

2.13. Juntamente com as passagens a SESAU/SEMSA se responsabilizará por Ajuda de Custo em quantidade suficiente, a ser liberado para o paciente/acompanhante, que administrarão seus gastos com hospedagem e alimentação conforme Portaria MS/SAS/Nº 55 de

24/02/99. Nos Estados onde houver hotéis ou pousadas conveniados com a SESAU, não serão pagas Ajuda de Custo.

2.14. A unidade expedidora do TFD será responsabilizada por realizar todos os contatos possíveis, para onde for encaminhado o paciente, minimizando assim as dificuldades que esse possa vir a ter durante o tratamento.

2.15. A SESAU/SEMSA não se responsabilizará em dar apoio aos pacientes que por livre e espontânea vontade dirigir-se a outra Unidade Federada para realizar tratamentos sem que tenha seguido as Normas de TFD estabelecida.

2.16. O local de tratamento do paciente será determinado pelos Gestores Estadual/Municipal de acordo com a necessidade de tratamento do mesmo.

2.17. O paciente não poderá ultrapassar 06 (seis) meses de tratamento (exceto quando justificado com Relatório Médico e o referido relatório seja deferido pela junta médica do TFD).

3. DA HABILITAÇÃO:

3.1. O Ministério da Saúde instituiu a CNRAC (Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade), para atender cinco (05) especialidades que são: Oncologia, Traumatologia, Cardiologia, Neurologia e Cirurgia para Epilepsia, com isso a CERAC (Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade) estar implantada na Secretaria Estadual de Saúde devendo atender pacientes do Estado/Município. Os atendimentos serão agendados pela CERAC e as passagens serão por conta de cada órgão (Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Boa Vista).

4. As Representações do Governo do Estado de Roraima se responsabilizará em dar apoio ao deslocamento urbano no trecho Aeroporto (ou rodoviária) / hotel / serviços de saúde / hotel / aeroporto (ou rodoviária), não se responsabilizando pelo transporte urbano dos pacientes fora deste trajeto.

5. DO TRATAMENTO:

Durante o tratamento, a Unidade responsável pela realização do procedimento, deverá preencher o Relatório de Acompanhamento, registrando a data de atendimento com carimbo e assinatura.

Ao término do tratamento, a Unidade Médica Assistencial encaminhará o paciente ao Órgão de origem com o Relatório de Alta devidamente preenchida, esclarecendo o tratamento realizado no paciente. A solicitação de retorno não significa a obrigatoriedade de novo deslocamento do paciente.

6. DA PRESTAÇÃO DE CONTA:

O paciente ou acompanhante, deverá antes da viagem assinar Termo de Compromisso, assumindo o dever de prestar contas da viagem.

Não será autorizada a viagem enquanto não for devidamente assinado o respectivo termo.

Após o retorno da viagem, paciente ou acompanhante terá prazo máximo de 10(dez) dias para apresentar os seguintes documentos:

A - Relatório médico

B - Bilhetes de passagens

C - As prestações de conta de Ajuda de Custo, serão realizadas pela data da saída e data da chegada do paciente.

A não prestação de contas, implicará necessariamente em:

A – No cancelamento do TFD

B – Fica proibida a concessão de qualquer TFD

C – Tomadas das medidas judiciais civis e criminais que o caso requer.

7. DAS EMERGÊNCIAS:

Nos casos de pedido de TFD em situação de emergência, aos sábados, domingos e feriados, o pedido deverá ser encaminhado pela Assistente Social de plantão da seguinte forma:

- a) Providenciar solicitação de TFD assinada por no mínimo dois médicos do plantão, onde já será indicada a necessidade ou não de acompanhante;
- b) Contactar com o responsável designado da SESAU/SEMSA para liberação de aeronave ou aquisição de passagem aérea comercial e;
- c) No primeiro dia útil após a emergência o caso deverá ser encaminhado ao setor de TFD da Unidade para ser dado o seguimento ao processo.

Nos casos de pedido de TFD em situações de emergência nos dias úteis o procedimento será realizado pelo setor de TFD da Unidade da seguinte forma:

- a) Solicitação do TFD assinada por dois médicos do plantão, indicando a necessidade ou não do acompanhante;
- b) Contactar o responsável do setor da SESAU/SEMSA a ser designado pelo (a) Sr (a). Secretário(a) para liberação de aeronave ou aquisição de passagem comercial;
- c) Dar seguimento no processo e;
- d) Verificar se os dados do paciente foram preenchidos corretamente.

8. DA EMISSÃO DE PASSAGENS:

- As passagens aéreas serão emitidas nominalmente, com trajeto definido, não sendo permitido:

- a) Mudança do trajeto;
- b) Não será permitida mudança de acompanhante em um mesmo período de tratamento fora de domicílio;
- c) Desmembramento;
- d) Mudança de benefício;
- e) Na utilização da passagem fora do período compatível com o tratamento, o paciente perderá o direito à solicitação de TFD.

9. DO ACOMPANHANTE:

O TFD deferido com acompanhante, e de acordo com o parecer médico e psicossocial o acompanhante deverá preencher os requisitos mínimos:

- a) Ser de maior idade;
- b) Ser alfabetizado;
- c) Parente próximo ou responsável;
- d) Estar em boas condições física e mental para assumir as responsabilidades pelo paciente;
- e) Não abandonar o paciente em hipótese alguma;
- f) Respeitar e obedecer às normas dadas pela Representação e Casa de Apoio do Estado/Município.
- g) Não poderão ser acompanhantes, pacientes usuários de TFD.
- h) O paciente deverá indicar formalmente o seu acompanhante.

– O não cumprimento dos requisitos implicará na mudança de acompanhante para o próximo retorno, caso o paciente necessite de continuidade do tratamento.

Quando o TFD for deferido com acompanhante, o mesmo deverá dispor de tempo suficiente para acompanhar o tratamento indicado

ao paciente, não sendo permitido seu retorno sem que o paciente esteja de alta médica. Caso o acompanhante não permaneça com o paciente, a Secretaria de Estado da Saúde, não se responsabilizará em enviar outro acompanhante.

DA CONDUTA DO PACIENTE E ACOMPANHANTE – RESPONSABILIDADE CIVIL.

- a) Paciente e Acompanhante deverão respeitar todas as regras de condutas e procedimentos por todos os lugares em que estiverem enquanto beneficiários do TFD.
- b) A não observância dos regulamentos legais referidos importará no imediato cancelamento do TFD, sem prejuízo das medidas cabíveis.
- c) Eventuais danos materiais e morais causados pelo paciente ou acompanhante serão de sua inteira responsabilidade. Ficando o Estado de Roraima eximido de qualquer responsabilidade.
- d) Paciente e Acompanhante não poderão ausentar-se dos hotéis ou pousadas, custeada pelo Governo do Estado de Roraima, sem uma prévia autorização, uma vez que, o mesmo não terá direito a uma nova hospedagem, ficando o Estado de Roraima, eximido de qualquer responsabilidade com os mesmos.

10. DO ÓBITO:

Ocorrendo óbito, o Estado/Município, responsabilizar-se-á pelo embalsamamento e traslado do corpo para Roraima.

11. DAS AJUDAS DE CUSTO:

- Os valores das Ajudas de Custo serão estipulados de acordo com o previsto na Norma Ministerial, conforme Portaria MS/SAS 055/99 e SESAU/DEPLAF/DP/Portaria nº 275/2004. As mesmas deverão ser utilizadas para hospedagem e alimentação.
- As diárias serão pagas conforme previsão de tratamento solicitadas no TFD, podendo ser complementadas conforme solicitação médica através do envio de relatórios médicos.
- Nos Estados em que o Estado de Roraima e Município de Boa Vista disponibilizarem de hotel ou pousada, não serão pagas ajudas de custo aos pacientes, exceto quando excedido o quantitativo de vagas dos mesmos. Saliendo que os pacientes e acompanhantes deverão cumprir as normas estabelecidas por cada unidade.
- As autorizações para hospedagem dos paciente e acompanhante serão de responsabilidade do setor de TFD (Tratamento Fora de Domicílio).
- As ajudas de custo, recebidas além dos dias permanecidos pelo paciente / acompanhante, deverão ser devolvidas ao Fundo Estadual de Saúde.

12. DA JUNTA MÉDICA:

A Junta Médica de referência de TFD formará equipe interna que será composta por representantes da equipe médica com no mínimo dois (02) médicos e uma assistente social, que discutirão cada pedido de TFD na presença do paciente e concluirão quais as melhores formas de encaminhamento para caso com emissão de parecer técnico. Os TFD'S Oncológicos serão avaliados pela Junta Médica da UNACON, e os demais pela junta médica da SESAU.

As reuniões das Juntas Médicas serão semanais, sendo dado a conhecer o cronograma das mesmas a SESAU/SEMSA;

A Direção de cada Junta Médica deverá apresentar mensalmente relatórios das atividades realizados pela mesma, que deverá constar:

- a) Número de reuniões realizadas no mês;
- b) Número de pacientes/pedidos de TFD analisados, com seus respectivos diagnósticos;
- c) Encaminhamentos efetuados/destinos para tratamento.

13. DOS CASOS OMISSOS:

- Os casos que não estão explicitados nesta norma o Gestor Estadual/Municipal reserva-se ao direito de resolvê-los à luz das normas previstas pelo Ministério da Saúde e da Constituição Federal, levando ao conhecimento dos interessados os encaminhamentos a serem dados a cada caso.

Boa Vista-RR, 26 de Março de 2008



TERMO DE COMPROMISSO DO PACIENTE

TFD/SUS/RR/Nº _____/_____

Eu, _____
Brasileiro (a) _____ (estado civil) usuário (a) do SUS/RR,
portador (a) do RG nº _____ SSP/ _____, e do
CPF nº _____, residente e domiciliado (a) a

Telefone: _____, na cidade de _____.
Declaro que fui beneficiado (a) com o TFD, recebendo gratuitamente o
seguinte:

- 1) Passagens () Aérea () Terrestre
- 2) Consulta agendada para _____
- 3) Hospital _____ no Estado de _____

Assim, me comprometo a apresentar, quando retornar, no prazo máximo de dez (10) dias, junto ao Setor de TFD na SESAU os seguintes documentos:

- 1) Laudo Médico;
- 2) Bilhetes das passagens (ida e volta), com o cartão de embarque;
- 3) Relatório de todos os fatos ocorridos, bem como a dinâmica e resultado da terapia realizada.

Declaro ainda que, estou ciente da prestação de contas das despesas realizada, a ser feita por mim ou acompanhante, logo após nosso retorno.

Boa Vista-RR, _____ de _____ de _____

PACIENTE



TERMO DE INDICAÇÃO DE ACOMPANHANTE

Eu, _____ (paciente) portador do
RG nº _____ e CPF nº _____
Residente e domiciliado à _____ na cidade de
_____- Estado de Roraima, INDICO como meu ou minha
acompanhante para realização de Tratamento Fora de Domicílio o Sr (a)
_____, portador do RG nº _____ e CPF
nº _____ residente e domiciliada à
_____ na cidade de _____
Estado de Roraima.

Declaro ainda que o acompanhante ora indicado é meu ou minha:

_____.

Por ser a expressão da verdade, dou fé:

Boa Vista-RR, ____ de _____ de ____.

PACIENTE



TERMO DE ENCARGO DE ACOMPANHANTE

Eu, _____ (acompanhante), portador do RG nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado a _____, Estado de Roraima, tendo sido indicado pelo (a) paciente _____, indicação a qual ACEITO DE LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE, comprometendo-me, sob as penas da Lei, nos seguintes termos:

1. Declaro que preencho todos os requisitos exigidos para os acompanhantes;
2. Comprometo-me a ser acompanhante do paciente referido em tempo integral, dando-lhe assistência em tudo o que for necessário (acompanhar o paciente as consultas/exames, bem como agendar a consulta de retorno do mesmo), não deixando o (a) paciente sozinho, por qualquer que seja o motivo;
3. Antes de aceitar o presente encargo, fui previamente informado sobre seus ônus e bônus;
4. Estou plenamente ciente de que a ordem bancária das ajudas de custo será emitida em meu nome, pelo que, tenho o dever de prestar contas no prazo estabelecido nas normas do TFD;
5. Declaro que tenho ciência e preencho todos os pré-requisitos exigidos nas normas de TFD aos acompanhantes dos pacientes;
6. Comprometo-me a respeitar, observar e a fazer com que o paciente também o faça, as normas de ética e conduta de todos os locais pelos quais passar na viagem;
7. Se as despesas com hospedagem e alimentação forem em Hotel ou Pousada contratados pelo Governo do Estado de Roraima, comprometo-me a seguir as normas estabelecidas pelo referido local.
8. Declaro que estou ciente de todas as regras e condições estabelecidas na Normatização de TFD, comprometendo-me a segui-las integralmente.

Por ser a expressão da verdade, dou fé.

Boa vista-RR, ____/____/____.

ACOMPANHANTE

FLUXOGRAMA DA CONCESSÃO DE TFD.

