



## Protocolo de Atenção à Saúde

# Desospitalização de pacientes Internados em Hospitais e UPAS no Distrito Federal

**Área:** Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar/DSINT/CATES/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 109, de 21 de março de 2023, publicada no DODF Nº 58, de 24/03/2023 .

## 1- Metodologia de Busca da Literatura

### 1.1 Bases de dados consultadas

SciELO ([www.scielo.org](http://www.scielo.org)); Lilacs ([www.lilacs.bvsalud.org](http://www.lilacs.bvsalud.org)); Medline  
([www.bases.bireme.br](http://www.bases.bireme.br)); Cochrane ([www.brazil.cochrane.org](http://www.brazil.cochrane.org)); LIS

–Localizador de informação em saúde ( [www.lis.bvs.br](http://www.lis.bvs.br)); BVS – Portal de revistas científicas da BVS ( [www.brasil.bvs.br](http://www.brasil.bvs.br)); Livros técnicos da área.

### 1.2 Palavra(s) chaves(s)

Desinstitucionalização; Doença crônica; Serviços de Assistência Domiciliar;  
Assistência Domiciliar.

### 1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram considerados 43 textos relevantes, entre artigos, livros, portarias e teses referenciados entre o período de 2006 a 2020.

## 2- Introdução

Os sistemas de saúde mundialmente buscam ajustar-se para responder aos desafios das demandas oriundas de transformações que impactam diretamente na saúde, sendo definidas como transição epidemiológica e demográfica<sup>1,4</sup>.

A transição demográfica e epidemiológica vivenciada atualmente no Brasil e no mundo tem desencadeado uma crise nos sistemas de saúde. Os sistemas, em sua maioria, programados para atender condições agudas, têm sido forçados a conviver com uma dupla ou tripla causa de doenças (infecções, crônicas e fatores externos)<sup>4</sup>.

Soma-se a isso também a transição demográfica, marcada pelo envelhecimento populacional e pelo aumento da longevidade de crianças com condições complexas de saúde, devido aos avanços biotecnológicos.

As situações de saúde originadas no fator violência, com a morbidade crescente por causas externas, tais como acidentes de trânsito, violência física, entre outras modalidades de violência, também contribuem para esse aumento<sup>1,8</sup>.

Frente a esse sinergismo de condições sócio-epidemiológicas, faz-se necessário repensar o modelo de saúde, pois o atual hospitalocêntrico, curativista e fragmentado não responde adequadamente a esta situação, sendo preciso investir em novas estratégias e arranjos tecnológicos<sup>8</sup>.

A proposta de (re)organização no formato de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é um consenso, sendo adotada por diversos países. A RAS é conceituada como um modo organizativo e arranjado de ações e interações nos serviços de saúde, que compreende diversas densidades tecnológicas que se articulam e integram por meio de Sistemas de Apoio Técnico, Logístico e de Gestão com foco na garantia da integralidade do cuidado<sup>2,5</sup>.

É consenso a necessidade de articulação da assistência em saúde no formato de RAS, ordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), ofertando um cuidado integral, para alcançar respostas aos desafios impostos. Neste contexto é imprescindível a comunicação entre os vários pontos da rede, além do ponto da APS é preciso que haja interligação entre Pontos de Atenção Secundária e Terciária. Assim, um Ponto de Atenção à saúde que tem se consolidado e destacado por apresentar boa resposta frente a todas as demandas atuais é a Atenção Domiciliar (AD).

A AD é considerada atualmente a resposta arrojada diante dos grandes desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. Além da possibilidade de otimização de recursos hospitalares, economia, há ganhos psicossociais, uma vez que reintegra o indivíduo a sociedade, permitindo que seja assistido em seu lar, humanizando desta maneira o cuidado. A AD é hoje considerada uma modalidade de cuidado substitutivo ou complementar à atenção hospitalar, capaz de ofertar equipamentos, procedimentos, tecnologias e cuidado dos mais simples à mais alta complexidade no ambiente domiciliar<sup>8-20</sup>.

Uma das ferramentas centrais da AD é a Desospitalização, que é considerada coluna cervical da mesma, proporcionando celeridade no processo de alta hospitalar com cuidado continuado no domicílio por meio das equipes multiprofissionais de saúde<sup>21-23</sup>.

A Desospitalização, quando ocorre de forma efetiva, promove também prevenção de reospitalização, garantindo assim a continuidade de cuidado no domicílio, otimização de recursos e humanização na assistência<sup>5 21 22</sup>.

Considerando que para forjar a RAS, é imprescindível um conjunto de instrumentos tecnológicos que viabilizam a efetiva integração dos diversos pontos de atenção à saúde, denominado de Gestão da Clínica<sup>2,3,5</sup>. Sabemos que dentro da proposta da Gestão da Clínica, uma das diretrizes clínicas fundamentais é o uso de ferramentas capazes de organizar os Sistemas de Saúde, entre eles os Protocolos e Fluxos que possibilitam a efetivação da linha de cuidado<sup>5 22</sup>.

Diante disso, na atualização do presente Protocolo adotamos vários instrumentos preconizados pela Gestão da Clínica. Para a representação gráfica do processo de trabalho proposto, utilizamos a ferramenta denominada Fluxograma Analisador/Descritor BIZAGE, que é uma ferramenta que auxilia na interpretação de todo o processo.

### 3- Justificativa

A Desospitalização é um instrumento valioso para viabilização do princípio da integralidade preconizado pelo SUS. Além disso, é possível otimizar recursos de saúde, de forma racional, humana e inovadora. Quando se utiliza o termo desospitalização, tratamos de uma ação ampla, que visa à desinstitucionalização de pessoas hospitalizadas, favorecendo a agilidade no processo de alta para o domicílio, reintegrando-a socialmente e viabilizando a reinserção na rede, primando pelos princípios da humanização, continuidade do cuidado e participação da família. A desospitalização é uma ferramenta imprescindível, reconhecida como um dos eixos centrais do atendimento domiciliar 4,18,20,21,22,24,28,31.

Ao tratar da desospitalização, revigoram-se termos há muito utilizados pela atenção à saúde, como alta hospitalar, alta responsável, alta programada, alta referenciada, alta especial, bem como os termos referência e contrarreferência.

Entende-se por Referência o encaminhamento, por parte de um serviço de menor complexidade, que remete o indivíduo para um serviço de maior complexidade. Já a contrarreferência acontece quando a situação é resolvida e o usuário do sistema de saúde é encaminhado novamente ao serviço de origem/procedência para dar continuidade ao seu acompanhamento. Nesta interação, referência-contrarreferência, é fundamental o uso de mecanismos facilitadores, instrumentos que de fato concretizam o princípio da integralidade<sup>30,31</sup>.

A alta responsável é definida na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP, 2013) como uma transferência do cuidado, sendo embasada na orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado. Este tipo de alta responsável permite a articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, com enfoque em particular a Atenção Básica. Tal Norma é enfática ao afirmar a necessidade de implantação de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS<sup>31</sup>.

Assim, a construção de um Protocolo de Desospitalização para o DF justifica-se por embasar-se em um arcabouço legal, desde a Constituição cidadã, passando pela Política de Atenção Hospitalar, Política de Humanização, e vem de encontro às prerrogativas apontadas nas Diretrizes da RAS. Assim com o Protocolo, podemos garantir em um só instrumento a concretização de diversas normas de saúde <sup>4,5,20,31</sup>

Além disso, as normativas específicas, que tratam da AD trazem em seu escopo a desospitalização. A ANVISA na RDC 11 DE 2006 ratifica que: “A atenção domiciliar deve ser indicada pelo profissional de saúde que acompanha o paciente. O profissional de saúde que acompanha o paciente deve apresentar relatório detalhado sobre as condições de saúde e doença do paciente contendo histórico, prescrições, exames e intercorrências” (BRASIL, ANVISA 2006, p. 3, grifo nosso)<sup>33</sup>. O Ministério da Saúde corrobora com essa proposta de desospitalização, ao apontar na Portaria 825 de 2016, que redefine a AD no SUS, que é objetivo da AD: “Redução da demanda por atendimento hospitalar”, Redução do período de permanência de usuários internados. Humanização da atenção à saúde, com ampliação da autonomia dos usuários. Desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.”<sup>19</sup>. Portanto, fica claro a meta e o suporte normativo da desospitalização via Atenção Domiciliar. Inclusive envolvendo neste processo vários atores, pois a norma apresenta como atribuição das equipes de saúde: “articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas”<sup>19</sup>.

Assim, este protocolo apresenta proposta para desospitalização de forma ágil, responsável, compartilhada entre os níveis de atenção à saúde, de forma humanizada e pautada pela longitudinalidade do cuidado.

**O objetivo dessa 3ª versão é:**

a. Atualizar o protocolo de fluxo de desospitalização implantado para pacientes clinicamente estáveis, internados em unidades hospitalares e UPAS da SES-DF, com necessidade de continuidade de tratamento no domicílio e residentes no Distrito Federal, com garantia de alta programada responsável;

b. Ampliar o fluxo de desospitalização para pacientes internados em hospitais e UPAS de outras instituições hospitalares, além da SES, que também possuam necessidade de continuidade de tratamento no domicílio e residentes no Distrito Federal.

c. Otimizar a comunicação, entre a AD e APS para implementação e fortalecimento do Serviço de Atenção Domiciliar, em especial melhorando fluxos para encaminhamento de pacientes com perfil para atendimento domiciliar.

#### **4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

Contempla todos aqueles pacientes acamados com doença crônica agudizada, clinicamente estáveis, com possibilidade de manutenção da assistência em domicílio.

A condição crônica de saúde é expressa pelas características de permanência, irreversibilidade, incapacidade residual, incurável, degenerativa e longa duração, figurando os atributos essenciais. Dentre os eventos antecedentes constam: herança genética, idade avançada, causa congênita, tabagismo e alimentos com excesso de gordura saturada;

O presente protocolo tem como foco pacientes em condições crônicas agudizadas ou em Cuidados Paliativos CID Z51.5, com sequelas importantes que causam restrição ou dificuldade de mobilidade.

#### **5- Diagnóstico Clínico ou Situacional**

A AD é uma estratégia de assistência à saúde ampla, que contempla todas as faixas etárias, focando em pessoas com disfuncionalidades e dificuldade de mobilização, deixando-as restritas ao leito ou ao domicílio. É fato que no DF o público assistido pela AD é majoritariamente composto por idosos.

Segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra no Domicílio<sup>34</sup>, a população idosa no DF era de 303.017 idosos, sendo estimado para o ano seguinte que a população total do DF chegaria a 3 milhões de habitantes, sendo que mais de 10% destes composto por idosos (346 mil idosos). A estimativa para 2030 é de 565 mil idosos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>35</sup>.

O estudo retratos sociais<sup>36</sup> revela que 14% dos idosos no DF possuem alguma deficiência, sendo 7% destas de ordem motora, o que leva a dificuldade de mobilização. Há ainda uma estimativa de que cerca de 20% dos idosos sofrem perda de funcionalidade<sup>37</sup>, podendo evoluir com síndrome de imobilidade<sup>38</sup>, necessitando de acompanhamento estratégico dos Serviços de Saúde.

Outros eventos como aumento da violência, traumas, que atinge a população jovem, causando importante morbimortalidade, além do aumento na longevidade de Crianças com Condições Complexas de Saúde e a pandemia de COVID-19, são realidades que exigem respostas adequadas, sendo oportuno para esse público a assistência à saúde no domicílio<sup>39,41</sup>.

Segundo a Portaria GM/MS nº 825 de 25 de abril de 2016<sup>18</sup>, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, em seu Capítulo II, Seção 1, Art. 5º, “A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva e em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.”

Essa portaria especifica que a AD está organizada em três modalidades, de acordo com as necessidades de cuidado peculiares a cada caso, à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos em: Atenção Domiciliar 1 (AD1); Atenção Domiciliar 2 (AD2); e Atenção Domiciliar 3 (AD3)<sup>18</sup>.

Portanto, temos atualmente um cenário onde há pessoas com condições de saúde que demandam cuidados contínuos de saúde, e temos a possibilidade de oferta do mesmo por meio da AD.

## **6- Critérios de Inclusão**

### **6.1 Critérios clínicos:**

Os critérios de inclusão no DF seguem normas que tratam da AD no SUS<sup>18,33</sup>, bem como critérios adotados no DF pelo Serviço de Atenção Domiciliar desenvolvido pelos Núcleos Regionais de Atenção Domiciliar (NRAD)<sup>24,42</sup>.

Para inclusão na modalidade proposta pela AD, o indivíduo necessita inexoravelmente apresentar estabilidade clínica, exigindo cuidados de saúde de forma pontual ou definitivamente, com intensidade de cuidado que ultrapassa a possibilidade de oferta da APS, sendo possível tratamento, reabilitação, prevenção de agravo e palição no ambiente domiciliar. Tal paciente precisa apresentar perfil de média complexidade domiciliar, conforme definido pela RDC 11 da ANVISA e da Portaria 825/2016, que especifica que a AD está organizada em três modalidades, de acordo com as necessidades de cuidado peculiares a cada caso, à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos em:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD1);

II - Atenção Domiciliar 2 (AD2); III - Atenção Domiciliar 3 (AD3).

Considera-se elegível, na modalidade AD1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores. A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso<sup>18</sup>.

Considera-se elegível na modalidade AD2 o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

- afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;
- afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;
- necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário;
- prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal<sup>14</sup>.

Considera-se elegível, na modalidade AD3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou agregação de procedimento(s) de maior complexidade, usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar<sup>18</sup>.

O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade do Serviço de AD<sup>18,24</sup>.

Além da avaliação do perfil do paciente, com base nas modalidades AD1 a AD3, há ainda critérios que precisam ser considerados para admissão e acompanhamento pela AD. Os critérios de inclusão subdividem-se em três parâmetros: clínicos, administrativos e assistenciais, quando avaliados, definem se o paciente tem o perfil para ser admitido na estratégia da AD, por meio do Programa de Internação Domiciliar (PID).

### **6.1. Critérios clínicos:** <sup>18, 24,33,42</sup>

- Apresentar condição clínica comprometida, porém estável, com diagnóstico firmado ou hipótese diagnóstica e tratamento estabelecido/programado pelo médico assistente.
- Apresentar elegibilidade de acordo com a Tipificação da Portaria 825/2016, conforme instrumento regulatório apresentado (ANEXO VIII);

### **6.2 Critérios Administrativos**

- Residir na área de abrangência da equipe de acordo com o território sanitário constante no Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2005 doDF.
- Ter consentimento formal do paciente ou de familiares/cuidador por meio da assinatura do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade padronizado (ANEXO IX).
- Encaminhamento do médico assistente, com relatório padronizado(FAAD), contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do paciente.
- Realização de visita pré – admissional, para pacientes residentes no DF.
- Tempo necessário para a desospitalização (considera-se o tempo exigido para se montar a estrutura assistencial necessária para recebero paciente no domicílio).
- Não há restrição quanto à idade.

Possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviço de retaguarda ou apoio ou suporte logístico em caso de intercorrências.

### **6.3. Critérios assistenciais:** <sup>21,40</sup>

- Possuir um responsável que exerça a função de cuidador. O mesmo não precisa ser necessariamente uma pessoa da família e escolhido por essa, mas precisa ser capacitado, com perfil adequado para essa atividade.
- Apresentar condições seguras de acesso ao domicílio do paciente.
- Contextos familiar, domiciliar, comunitário e ambiental adequados, a serem constatados pela Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD): condições mínimas de higiene e espaço; pessoas que se responsabilizam pelos cuidados com o paciente; saneamento; segurança para os membros da EAD e outros.
- Ter um médico que se responsabilize pela sua indicação.

#### **6.4. Fluxo para Admissão no SAD**

A equipe multiprofissional responsável pelo atendimento hospitalar identifica o paciente estável com condições de desospitalização e que tenha necessidade de continuidade de tratamento em domicílio, preenchem o FAAD ( Formulário de Avaliação para Atenção Domiciliar) (ANEXO VI) e encaminham para a Gestão de Leitos.

A Gestão de Leitos faz a verificação dos dados do FAAD e encaminha via SEI (processo individual para o paciente) para o NRAD da região que o paciente reside.

O NRAD faz a avaliação dos critérios para atenção domiciliar, através da avaliação do FAAD (ANEXO VI) e do Instrumento de Elegibilidade (ANEXO VIII) e encaminha a devolutiva (DFAAD - ANEXO VII) para a gestão de leitos via SEI. A gestão de leitos repassa as informações para a unidade de internação, onde a alta será confirmada.

Se classificado em AD1, a alta é comunicada pela gestão de leitos via SEI à DIRAPS da região de saúde correspondente do paciente que encaminhará para a ESF de referência dando seguimento a admissão do paciente no programa.

Se classificado em AD2 ou AD3, a alta é confirmada pela Gestão de leitos via SEI ao NRAD da região de saúde que dará seguimento a admissão do paciente no programa de internação domiciliar através de contato com cuidador/família e agendamento de visita pré-admissional.

#### **6.5 Fluxo de admissão dos Pacientes da UBS para o NRAD**

A equipe multiprofissional responsável pelo atendimento na UBS identifica o paciente que tenha necessidade de internação em domicílio AD2 ou AD3, preenchem o FAAD ( Formulário de Avaliação para Atenção Domiciliar (ANEXO VI) e encaminham para a DIRAPS.

O DIRAPS encaminha o FAAD via SEI (processo individual para o paciente) para o NRAD da região que o mesmo reside.

O NRAD faz a avaliação dos critérios para atenção domiciliar, através da avaliação do FAAD (ANEXO VI) e do Instrumento de Elegibilidade (ANEXO VII) e encaminha a devolutiva (DFAAD - ANEXO VII) para a DIRAPS via SEI. A DIRAPS repassa as informações para a UBS, agenda com o NRAD o momento da transferência do paciente.

Se classificado em AD1, a DIRAPS da região de saúde encaminha via SEI para UBS de referência do paciente.

Se classificado em AD2 ou AD3, a DIRAPS encaminha via SEI ao NRAD da região de saúde que dará seguimento a admissão do paciente no programa de atendimento domiciliar através de contato com cuidador/família, agendamento de visita pré-admissional e agendamento com a UBS o momento da transferência do paciente.

Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

- necessidade de monitorização contínua;
- necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento; (fluxo C);
- administração EV de antibioticoterapia 3X dia ou mais (respeitado o critério de estabilidade clínica).

### **6.7 Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade - SAD-AC**

O Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade – SAD-AC proporciona, atualmente, atendimento a pacientes crianças e adultos, num total de até 100 (cem) vagas simultâneas, para usuários do SUS, clinicamente estáveis e cronicamente dependentes de tecnologia, com necessidade de ventilação mecânica invasiva, assistência intensiva de enfermagem e classificados como de alta complexidade pela tabela da Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar – ABEMID (respeitados os demais critérios de elegibilidade), mediante contratação pública por processo licitatório, sendo a GESAD responsável por desenvolver estratégias para a organização do serviço. As vagas são todas avaliadas pelo complexo regulador e inseridas no SIS leitos.

## 6.8 Critérios de Elegibilidade

O SAD-AC é indicado para pessoas clinicamente estáveis que preencham todos os seguintes critérios de inclusão.

Clínicos:

- Estabilidade clínica - estabilidade respiratória e hemodinâmica sem o uso de drogas vasopressoras e sem intercorrências agudas que necessitem de intervenções médicas diárias;
- Com traqueostomia e gastrostomia instaladas e funcionantes de forma a garantir a desospitalização segura;
- Cronicamente dependentes de ventilação mecânica invasiva;
- Com necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- Classificados como Alta Complexidade de acordo com a Tabela da Associação Brasileira de Empresas de Medicina Domiciliar – ABEMID (ANEXO XII);
- Adequadamente adaptados ao ventilador pulmonar portátil microprocessado, fornecido pela empresa;

• Administrativos:

- Residência e domicílio no Distrito Federal;
- Consentimento formal do paciente, familiar ou representante legal, por meio da assinatura de Termo de Adesão à Modalidade de SAD-AC;
- Preenchimento dos seguintes formulários pela equipe assistente da SES/DF: Termo de Adesão à Modalidade de SAD-AC, Ficha de Solicitação do SAD-AC, Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial da ABEMID, cadastro aprovado no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar – PTNED da SES/DF;
- Presença ininterrupta no domicílio de cuidador e/ou responsável legal, maior que 18 anos, providenciado pela família ou responsável, durante a prestação do serviço.

## **6.9 Funcionamento do SAD-AC**

O SAD-AC deve ser executado conforme previsto em contrato vigente com a SES/DF.

### **6.9.1 Admissão dos Pacientes no SAD- AC**

Serão admitidos pacientes que preencham os critérios clínicos e administrativos previstos.

A avaliação dos critérios de inclusão do paciente no serviço é feita pelo complexo regulador da SES, mediante análise dos formulários do SAD-AC preenchidos pela equipe assistente e encaminhados pela gestão de leitos.

A admissão deve ser precedida da concordância do paciente e, na sua impossibilidade, de seu familiar ou de seu responsável legal, por meio de assinatura do Termo de Adesão/Consentimento.

O paciente que preencher os critérios de inclusão é encaminhado pelo Complexo Regulador à empresa prestadora do serviço para procedimentos de admissão, quais sejam, avaliação do paciente no hospital, avaliação das condições da residência, adaptação do paciente ao ventilador mecânico, composição da equipe assistencial, montagem do leito na residência incluindo equipamentos, materiais, medicamentos e dieta, conforme previsto no Contrato vigente.

### **6.9.2 Fluxo Regular para Admissão no SAD-AC**

A gestão de leitos recebe a solicitação da UTI dos pacientes AD3 classificados como de alta complexidade com indicação de admissão e assistência pelo SAD- AC os quais deverão ter a solicitação do serviço encaminhada ao Complexo Regulador pelo SEI, por meio do preenchimento dos seguintes formulários:

- Termo de Adesão à Modalidade de Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade (ANEXO X),
- Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade – SAD-AC (ANEXO XI),
- Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial (ABEMID) (ANEXO XII),
- Cadastro no Programa de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (PTNED). (PORTARIA Nº 478, DE 06 DE SETEMBRO DE 2017)<sup>48</sup>.

Os pacientes com indicação de assistência pelo SAD-AC serão admitidos neste serviço conforme a disponibilidade de vagas. Quando da impossibilidade, seus nomes serão incluídos em lista de espera.

A assistência aos pacientes do SAD-AC é prestada através de empresa contratada pela SES/DF conforme Contrato vigente.

Quando da admissão de um novo paciente no SAD-AC, o Complexo Regulador deve comunicar à Comissão Executora do Contrato vigente, à Farmácia Hospitalar da região de referência do domicílio do paciente e à CNUD sobre a desospitalização.

### **6.9.3 Fluxo de Solicitações Externas para Admissão no SAD-AC**

As solicitações para admissão no SAD-AC procedentes de demandas externas (Defensoria Pública, Ministério Público, Ouvidoria, hospitais particulares e etc.) deverão ser encaminhadas ao Complexo Regulador da Região de Saúde em que o paciente reside, para avaliação da possibilidade de admissão.

Caso o paciente não tenha critérios para o SAD-AC, o Complexo Regulador encaminha o caso solicitando avaliação para o NRAD que realiza avaliação clínicado paciente e o classifica quanto a sua modalidade assistencial (AD1, AD2 ou AD3), assim como definirá as necessidades dos mesmos (atendimento multiprofissional, equipamentos e/ou materiais) e encaminhará para o atendimentoadequado, dando a devolutiva para o órgão solicitante.

○ Os pacientes classificados como AD1 serão encaminhados, via Gestãode Leitos às UBS;

○ Os pacientes classificados como AD2 e AD3, excluídos os inelegíveis pela Portaria nº 825, serão admitidos pelo PID e assistidos pelasequipes do NRAD;

Os pacientes AD3 inelegíveis para assistência pelo PID conforme critérios daPortaria nº 825 e elegíveis para o SAD-AC, conforme critérios de inclusão previstos, serão encaminhados para admissão, condicionada à disponibilidade de vagas. Quando da impossibilidade de admissão imediata, os pacientes terão seusnomes incluídos em lista de espera.

### **6.9.4 Diretrizes para dispensação de medicamentos dos Núcleos de Farmácia Hospitalar-NFHs para o SAD-AC**

- Os antimicrobianos devem ser fornecidos em quantidade suficiente para o tratamento completo. Os demais medicamentos devem ser fornecidos na quantidade **exata** para um mês de tratamento (observara quantidade de dias no mês);

- Para os medicamentos que se encontram desabastecidos, os NFHs deverão emitir o Nada Consta desses itens. O Nada Consta deverá ser emitido pelo farmacêutico hospitalar e poderá ser emitido pelo sistema ou de forma manual. O farmacêutico hospitalar deverá assinar e datar o Nada Consta;
- O Nada Consta poderá ser entregue diretamente ao funcionário da empresa contratada no momento da entrega dos medicamentos ou poderá ser encaminhado via e-mail;
- O Nada Consta terá validade para o mês corrente;
- Quando houver acréscimos de medicamentos, **inclusive nos finais de semana**, os NFHs deverão disponibilizar o medicamento à empresa contratada. O paciente que se encontra em home care deve ser visto como um paciente internado. A demora em iniciar o tratamento pode comprometer o seu estado de saúde;
- Os NFHs deverão se organizar de modo que os inventários e as contagens de estoque não causem desassistência aos pacientes em home care;
- A principal forma de comunicação entre a empresa contratada e os NFHs regionais é o e-mail, portanto, os farmacêuticos devem estar atentos para evitar falhas de comunicação que possam comprometer a qualidade na assistência prestada aos pacientes;
- É obrigação da contratada realizar a devolução de medicamentos não utilizados pelos pacientes e os NFHs deverão receber estes medicamentos e darem a destinação final de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduos de cada unidade hospitalar;
- Para melhor adequação da rotina, fica estabelecido os seguintes prazos:
  - **01 a 03 de cada mês** - a empresa contratada encaminha, via e-mail, a solicitação de medicamentos às Farmácias Regionais;
  - **04 a 10 de cada mês** - os NFHS analisam os pedidos;
- verificam a disponibilidade dos medicamentos;
- informam à empresa, via e-mail, sobre os medicamentos que não estão disponíveis juntamente com a Declaração de Nada Consta datada e assinada; e
- realizam a confecção dos kits contendo medicamentos na quantidade **exata** para um mês de tratamento.

### **6.9.5 Descontinuidade da Assistência no SAD-AC**

A prestação do SAD-AC se dará até a resolução da causa que levou o paciente ao serviço ou sua reabilitação com melhora clínica que não caracterize mais a necessidade do serviço.

O serviço será descontinuado em caso de reinternação hospitalar para estabilização clínica, tendo seu retorno ao SAD-AC garantido, desde que se mantenham os critérios de elegibilidade no momento da alta hospitalar.

## **7- Critérios de Exclusão**

### **7.1 Serviço de Atenção Domiciliar**

Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:

- necessidade de monitorização contínua;
  - necessidade de assistência contínua de enfermagem;
  - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
  - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
  - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento; (fluxo C);
- administração EV de antibioticoterapia 3X dia ou mais (respeitado o critério de
- estabilidade clínica).

### **7.2 Serviço de Atenção Domiciliar de Alta complexidade - SAD-AC**

- Melhora clínica caracterizada pela descontinuidade da assistência de alta complexidade;
- Classificação como média ou baixa complexidade de acordo com a Tabela ABEMID;
- Solicitação da interrupção do serviço por iniciativa própria do paciente ou de seu responsável legal;
- Óbito durante o período de assistência no SAD-AC;
- Descumprimento pelos familiares e/ou responsáveis legais dos termos estabelecidos no Contrato vigente e/ou legislações específicas;
- Dinâmica familiar que prejudique a assistência prestada no domicílio, colocando em risco a vida do paciente, equipe de assistência, familiares e outros atores envolvidos no processo de cuidado;

- Mudança da residência e/ou domicílio para fora do Distrito Federal.

## **8- Conduta**

A descrição do fluxo de desospitalização da SES/DF tem por base o seguimento do “Protocolo esquemático de fluxo de desospitalização”(ANEXO II), no qual a conduta de cada sujeito está descrita.

### **8.1 Conduta Preventiva**

Não se aplica.

### **8.2 Tratamento Não Farmacológico**

Não se aplica.

### **8.3 Tratamento Farmacológico** Não se aplica.

#### **8.3.1 Fármaco(s)**

Não se aplica.

#### **8.3.2 Esquema de Administração**

Não se aplica.

#### **8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

Não se aplica.

## **9- Benefícios Esperados**

- Redução da demanda por atendimento hospitalar;
- Redução do período de permanência de usuários internados;
- Humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários;
- Desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS;
- Redução de re-infecções e re-internações;
- Participação ativa e colaborativa da família e do cuidador no plano terapêutico do paciente.

## **10- Monitorização**

É prerrogativa do SAD atender à diversidade de situações que demandam Atenção Domiciliar e, portanto, não é desejável um resultado que signifique a abordagem quase que exclusiva a poucos agravos <sup>50</sup>.

Permite avaliar as diferenças e semelhanças entre os SADs, ao lidar com determinado agravo.

Médias extremas (tanto baixas quanto altas) de permanência para determinado agravo podem sugerir melhor ou pior articulação da rede na capacidade de absorver aquele indivíduo em outro ponto de atenção, ou sugerir dificuldade de compreensão do papel do SAD pelos próprios trabalhadores, e ainda, insuficiência técnica para lidar com tal agravo <sup>50</sup>.

## **11- Acompanhamento Pós-tratamento**

O paciente após receber alta do Programa de Atenção Domiciliar continuará sendo acompanhado pela equipe de atenção primária da área de abrangência deseudomicílio, e ou será acompanhado pelo ambulatório de especialidades da rede se necessário.

## **12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

ANEXO IX

## **13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

A escolha de indicadores para o monitoramento e acompanhamento do fluxo é uma etapa importante desse protocolo, que se desenvolverá por meio da construção de pacto de gestão e compromisso dos pontos de atenção responsáveis, com a finalidade de constante aperfeiçoamento.

Os Indicadores propostos para avaliação do fluxo de desospitalização são:

- Percentual de admissão no SAD provenientes de unidades de internação (UPA's e Internação Hospitalar): Esse indicador corresponde ao percentual de usuários admitidos no SAD em relação à capacidade total de atendimento do serviço em determinado período, com periodicidade mensal.
- Percentual mensal de alta do SAD: Esse indicador corresponde ao percentual de usuários do SAD que tiveram alta em relação ao total de usuários em atendimento no mesmo período, com periodicidade mensal.

#### 14- Referências Bibliográficas

1. MENDES, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Organização Panamericana de Saúde, 2012, 512p.
2. \_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. Organização Panamericana de Saúde, 2011, 516p.
3. \_\_\_\_. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009.
4. BRASIL. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde. Versão 2010. 39p. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/18/2-B--- Documento-de--Diretrizes-para-Organiza----o-das-Redes-de-Aten----o----Sa--de-do-SUS.pdf> . Acesso em: 30/05/2020
5. FEUERWERKER LCM, MERHY EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Pan Am J Public Health. [Internet] 2008;24(3) [acesso em 02 abr 2020]. Disponível: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>.
6. ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis [Internet]. Sexagésima Sexta Assembleia Geral das Nações Unidas; 13 de setembro-28 de dezembro de 2011, Nova York (NY), EUA. Nova York: UN: 2012 (Resolução A/RES/66/2) [acessado em 23 de março de 2020]. Disponível em: <http://daccessddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/458/97/PDF/N1145897.pdf?OpenElement>
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise e Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série B. Textos básicos de saúde).
8. BRAGA PP, SENA RR, SEIXAS CT, CASTRO EAB, ANDRADE AM, SILVA YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016.
9. WACHS LS, NUNES BP, SOARES MU, FACCHINI LA, THUMÉ E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. Cad. Saúde Pública. 2016.
10. CARNAÚBA CMD, SILVA TDA, VIANA JF, ALVES JBN, ANDRADE NL, FILHO EMT. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017; 20 (3): 353-363.
11. BOHÓRQUEZ ESM, MAESTRE CAA, SAAVEDRA PJO3, JIMENO HAC, PINEDO LFV. Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliar de Essalud en el sur de Lima Metropolitana. Rev Soc Peru Med Interna. 2011.
12. MARTELLI DRB, SILVA MS, CARNEIRO JÁ, BONAN PRF, RODRIGUES LHC, JÚNIOR HM. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. Rev. Physis. 2011; 21 (1).
13. MALTA, D.C. OLIVEIRA, T.P. SANTOS, M.A.S. S. ANDRADE, S.S.C.A., SILVA, M.M.A. Avanços do Plano de Ações Estratégica para o

- enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011- 1015. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 25(2):373-390, abr-jun 2016.
14. MALTA DC, BERNAL RTI, LIMA MG, ARAÚJO SSC, SILVA MMA, FREITAS MIF, ET AL. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saúde Pública. 2017;51 Supl 1:4s.
15. SERAFIM, A. P.; RIBEIRO, R. A. B. Internação domiciliar no SUS: brevehistórico e desafios sobre sua implementação no Distrito Federal. Com. Ciências Saúde, Brasília Df, p.163-168, 2011.
16. MAROLDI M.A.C. CALIARI J.S. PONTE L.C.R. Internação domiciliar: caracterização de usuários e cuidadores. 2012 janeiro-junho; 6 (1):24-2
17. VILLAS BÔAS, M.L.C. Programa de Internação Domiciliar do Distrito Federal: Avanços e Desafios. Brasília, 17/12/2014. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. 185p., 2014.
18. CARNAÚBA, C.M.D. SILVA, T.D.A. VIANA, J.F. ALVES, J.B.N. ANDRADE, N.L. FILHO, E.M.T. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.20 no.3 Rio de Janeiro May/June 201737 Pereira et al, 2015
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 825 de 25/04. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília,2016. Acesso em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em : 30/06/2018.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do paciente no domicílio / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília :Ministério da Saúde, 2016.40 p. : il.
21. \_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
22. OLIVEIRA SG, KRUSE MHL, SARTOR SF, ECHEVARRÍA-GUANILO ME. Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. Enferm Global. 2015 jul;39:375-89.
23. VASCONCELOS JF, FERREIRA CN, SANTANA CES, SOUZA CR, VALENTE MLF. Desospitalização para cuidado domiciliar: impactos clínicoe econômico da linezolid. J Bras Econ Saúde. 2015;7(2):110-5.
24. SILVA KL, SENA RR, CASTRO WS. A desospitalização em um hospital público geral de Minas Gerais: desafios e possibilidades. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(4): e 67762. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.67762>.
25. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal . Protocolo de Desospitalização para pacientes internados em enfermarias no Distrito Federal. Área: Atenção Domiciliar Portaria SES-DF Nº 287 de 02 de dezembro de 2016 , publicada no DODF Nº 228 de 06.12.2016 Disponível em: [http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/Desospitalizacao\\_para\\_pacientes\\_internados\\_em\\_enfermarias\\_no\\_Distrito\\_Federal.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/04/Desospitalizacao_para_pacientes_internados_em_enfermarias_no_Distrito_Federal.pdf)
26. BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal , 2016. Protocolo de Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada SES/DF 2016. Área(s): Gerência de Atenção Domiciliar. Elaborador(es)\*. Equipe do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar- NRAD/ GEAD/DIAE/SAPS e da Coordenação de Pneumologia/GRMH/DIAE/SAS. Disponível em:

[http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Oxigenoterapia\\_Domiciliar\\_Prolongada\\_no\\_DF.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Oxigenoterapia_Domiciliar_Prolongada_no_DF.pdf). Acesso em: 10/06/2020.

27. OLARIO, P.S. MOREIRA, M.C. MOREIRA, I.B. MARTINS, J.C.A. SOUZA, A.T. Desospitalização em cuidados paliativos: perfil dos usuários de uma unidade no rio de janeiro/ Brasil. Rev Cogitare Enferm. (23)2: e 53787, 2018
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Melhor em Casa. Relação do Melhor em Casa com os hospitais: viabilizando a desospitalização, 2012,5p. Disponível em: <file:///C:/Users/conta%20teste/Documents/GT%20DESOSPITALIZAÇÃO/REFERÊNCIA%20BIBLIOGRÁFICA/MS%202012%20-%20Recomendações%20desospitalização.pdf> . Acesso em : 31/05/2019
29. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: Brasil. Ministério da Saúde. VER- SUS/Brasil: caderno de textos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.p. 90-106.
30. FRATINI, J.R.G. SAUPE, R. MASSAROLI, A. Referência e Contra referência: a contribuição para a integralidade e saúde. Rev Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072
31. BRASIL. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). PORTARIA Nº 3.390, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013.
32. Ministério da Saúde. Portaria n. 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no Âmbito do SUS. Diário Oficial da União. 2013 mai 16
33. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RESOLUÇÃO RDC Nº 11, DE 26 DE JANEIRO DE 2006 . Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, 2006.
34. Pesquisa Distrital por Amostra no Domicílio - PDAD 2018 Brasília, 2019. Disponível em: [http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD\\_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf](http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/PDAD_DF-Grupo-de-Renda-compactado.pdf) Acesso em : 05.02.2020
35. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047> IBGE, 2018
36. Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN . Retratos Sociais: A população idosa no Distrito Federal , 2018. CODEPLAN, 2020 . Acesso em : 30.04.2020. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Estudo-Retratos-Sociais-DF-2018-A-popula%C3%A7%C3%A3o-idosa-no-Distrito-Federal.pdf>
37. Pampolim G, Lourenço C, Silva VG, Coelho MCR, Sogame LCM. Prevalence and factors associated with functional dependency in homebound elderly people in Brazil. J Hum Growth Dev. 2017; 27(2): 235-243. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127747>
38. Chaimowicz F. Saúde do Idoso. 2ª Ed. Belo Horizonte, 2013. 167p.
39. Souto, Rayone Moreira Costa Veloso et al. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência

em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 9 [Acessado 2 Maio 2020] , pp. 2811-2823. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>.

40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2014: Uma Análise da situação de saúde e das causas externas* Brasília: MS; 2015.
41. Rossetto V. Protocolo de fluxo de cuidado domiciliar para a criança com necessidades especiais de saúde no Paraná. Dissertação apresentada ao Programa De Pós-Graduação Stricto Sensu em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel (PR), 2017.
42. BRASIL. Secretaria de estado de saúde do distrito federal. Projeto de implantação do Programa de Internação Domiciliar do DF. Brasília, 2008.
43. Souza R.R et al. Relatório de pesquisa: Cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos. OPAS, pag: 65-72.
44. Mendes E.V, Matos MAB, Evangelista MJO, Barra RP. *A Construção Social da Atenção Primária à Saúde*, 2ª edição. Brasília, 2019.
45. Mendes, E.V. Redes de atenção à saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.15 nº 5. Rio de Janeiro, 2010.
46. Mendes,E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados* 27 (78), 2013.
47. Mendes,E.V. *Desafios do SUS*, 1ª edição. Brasília 2019.
48. 49. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 478 de 06 de setembro de 2017. Define normas e critérios para o cadastramento de pacientes em uso de fórmulas para fins especiais em regime de atendimento domiciliar e para a dispensação ambulatorial destas fórmulas, por intermédio da Secretaria de Estado de Saúde, no âmbito do Distrito Federal. Brasília, 2017.
49. SILVA, Kênia et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n. 1, p. 166- 176.2010.
50. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Coordenação Geral de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília DF, Ministério da Saúde: *Manual de Monitoramento e Avaliação Programa melhor em casa* 1ª Edição revisada, p. 50, 2016.

## ANEXO

I. Glossário

II. Fluxograma de Desospitalização para Hospitais e UPAS da Rede SES

III. Fluxograma de Desospitalização Hospitais e UPAS para pacientes de alta complexidade em ventilação mecânica da rede SES-DF

IV. Fluxograma de alta/transferência dos pacientes do NRAD para UBS de referência da rede SES-DF

V. Fluxograma de transferência de pacientes das UBS para os NRAD da rede SES-DF

VI. Formulário de Avaliação para Atenção Domiciliar - FAAD

VII. Devolutiva do FAAD - DFAAD

VIII. Instrumento de Classificação de Elegibilidade

IX. Termo de Esclarecimento de Responsabilidade – TER

X. Termo de Adesão à Modalidade de Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade

XI. Solicitação do Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade –SAD-AC

XII. Tabela de Avaliação de Complexidade Assistencial (ABEMID)

# ANEXO I

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

## GLOSSÁRIO

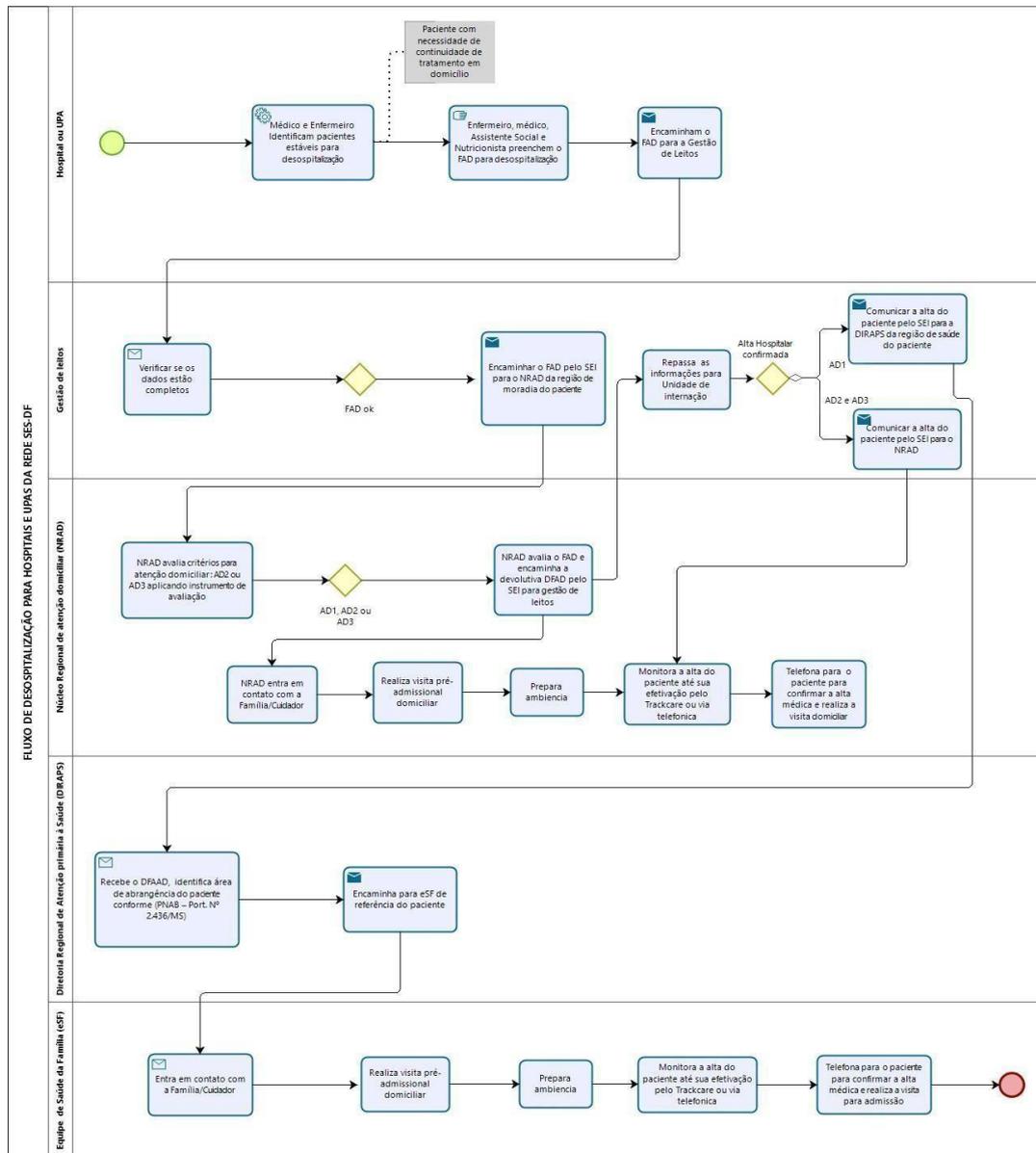
- AD1: Atenção Domiciliar modalidade 1
- AD2: Atenção Domiciliar modalidade 2
- AD3: Atenção Domiciliar modalidade 3
- CPPAS: Comissão Permanente de Protocolos de Assistência em Saúde
- CS: Centro de Saúde
- COAPS: Coordenação de Atenção Primária à Saúde
- CATES: Coordenação de Atenção Especializada à Saúde
- DSINT: Diretoria de Serviço de Internação
- FAAD: Formulário de Avaliação para Atenção Domiciliar
- DFAAD: Devolutiva do FAD
- DIRAPS: Diretoria de Atenção Primária à Saúde
- DODF: Diário Oficial do Distrito Federal
- EMAD: Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
- ESF: Equipe da Estratégia de Saúde da Família
- GESAD: Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar
- NARP: Núcleo de apoio para remoção de pacientes
- NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NIA: Núcleo de Internações e Altas
- POD: Programa de Oxigenoterapia Domiciliar
- RAS: Rede de Atenção à Saúde
- SAIS: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
- SES-DF: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
- SIS: Sistema de Informática em Saúde (Prontuário Eletrônico)
- SNE: Sonda nasoenteral
- SVD: Sonda vesical de demora
- TQT: Traqueostomia
- UBS: Unidade Básica de Saúde

## ANEXO II

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA

**DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

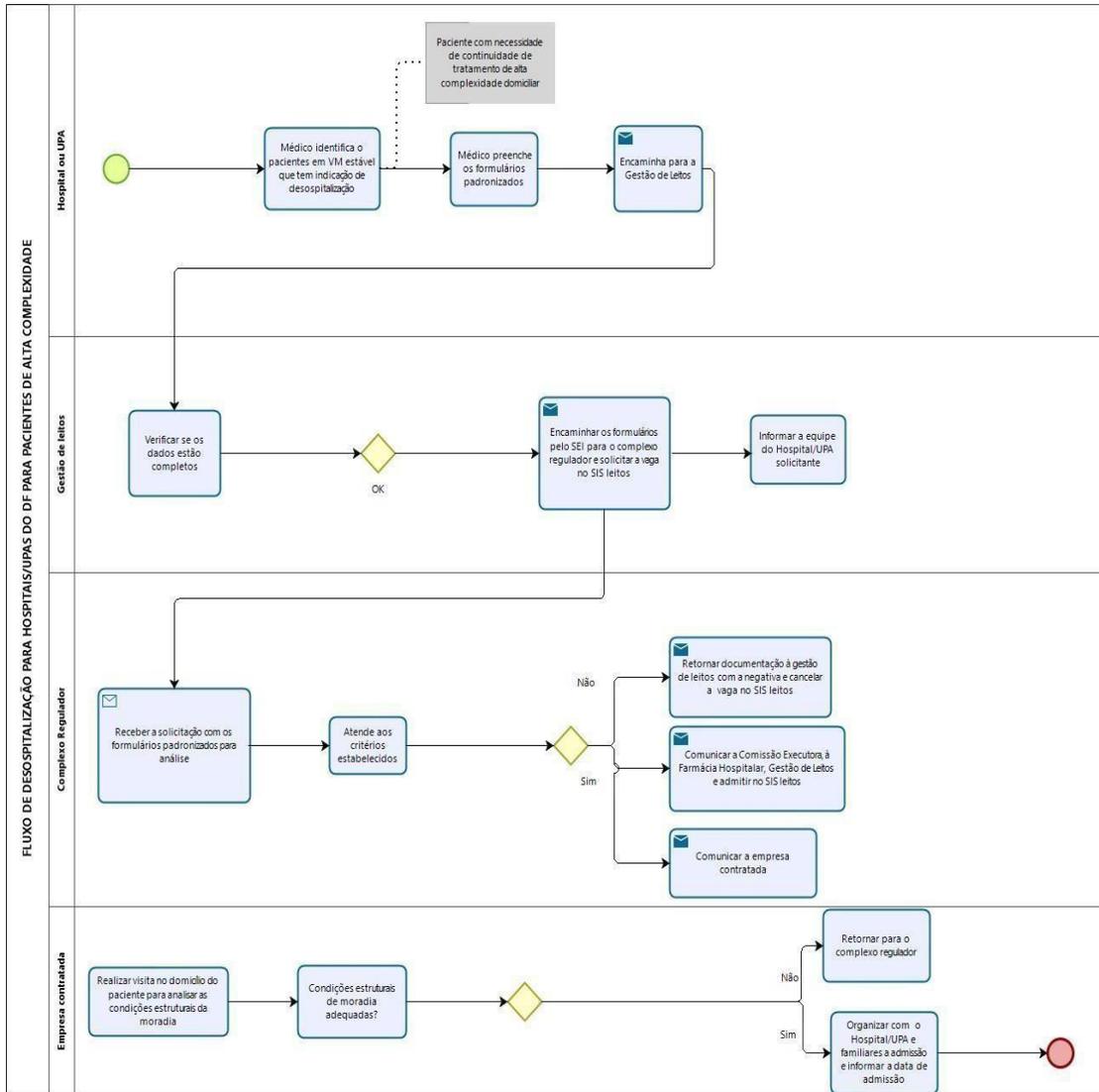
### FLUXOGRAMA DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA HOSPITAIS E UPAS DA REDE SES



## ANEXO III

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

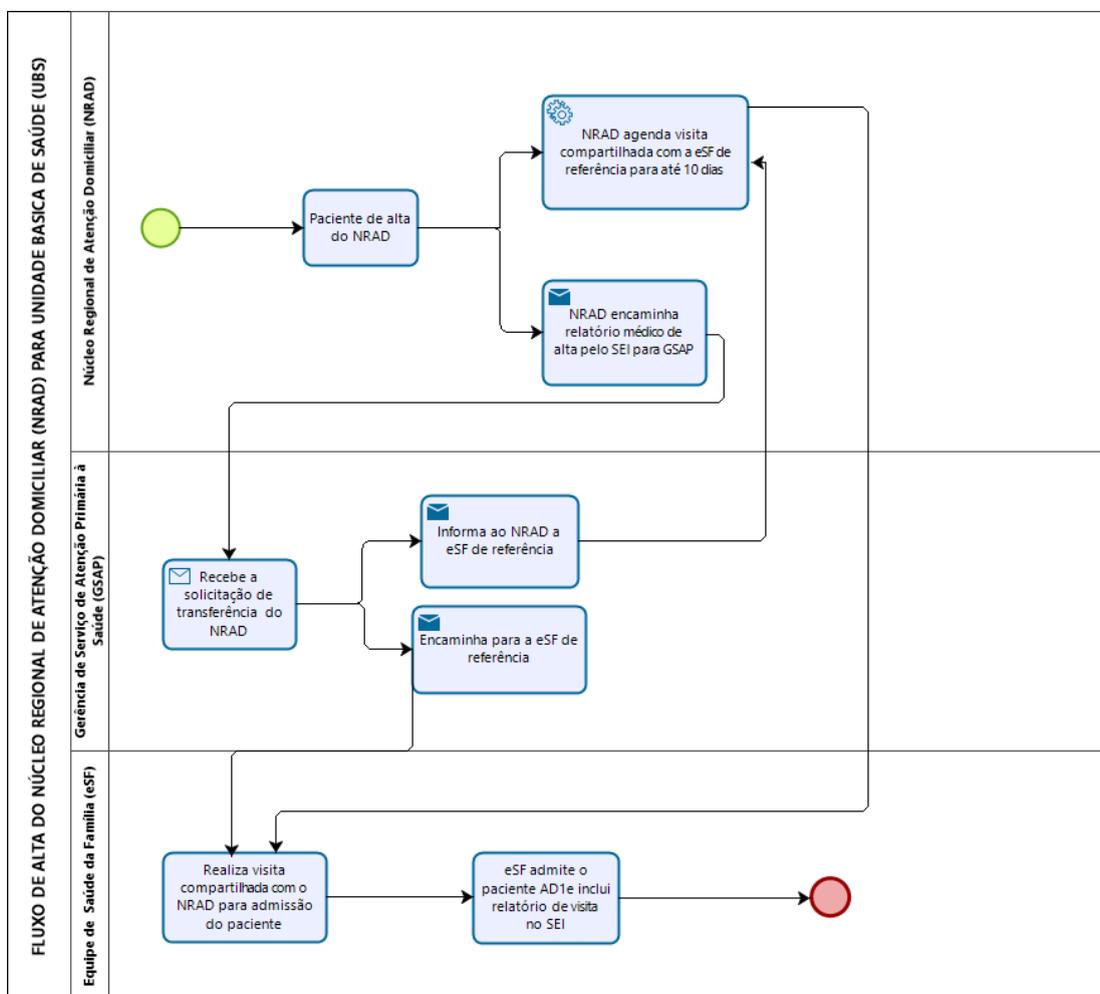
### FLUXOGRAMA DE DESOSPITALIZAÇÃO PARA HOSPITAIS E UPAS PARA PACIENTES DE ALTA COMPLEXIDADE DA REDE SES-DF



## ANEXO IV

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

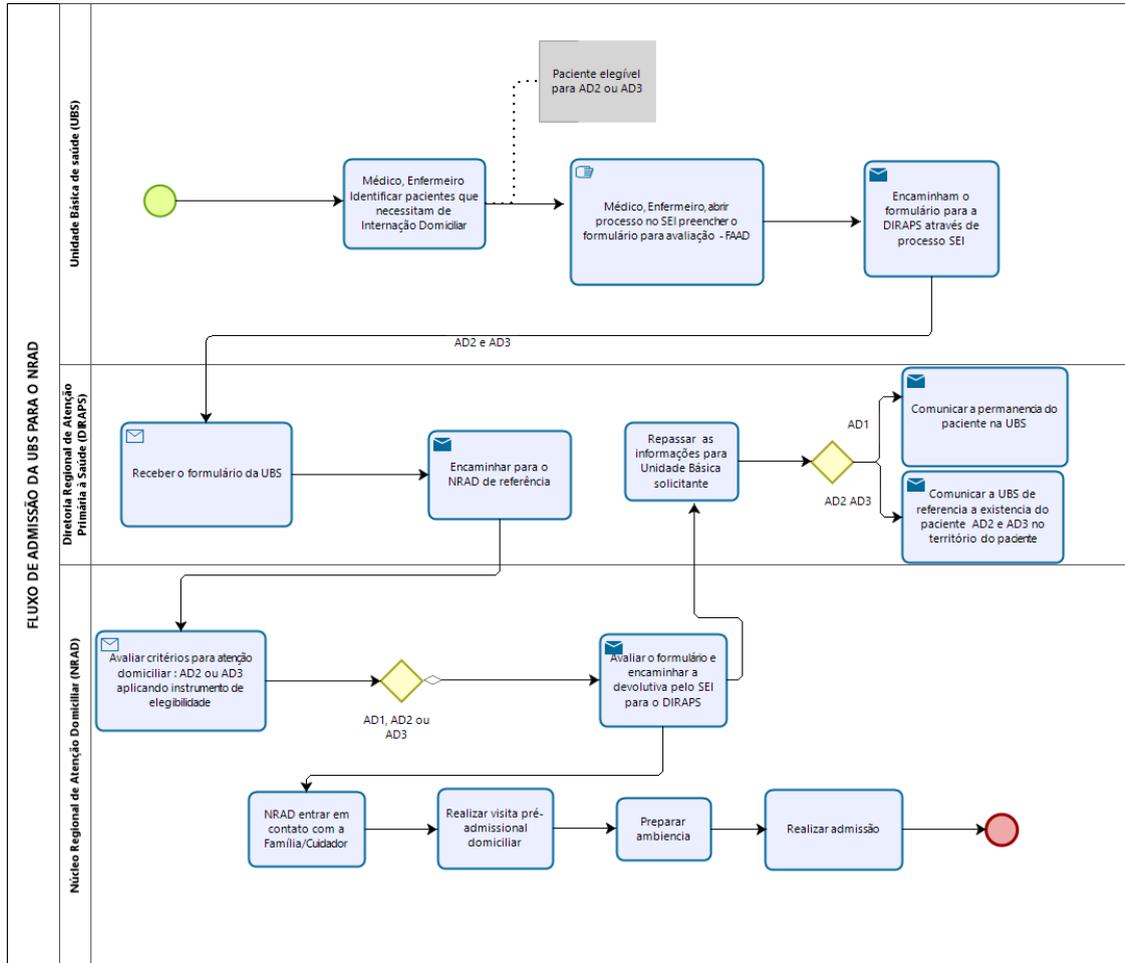
### FLUXOGRAMA DE ALTA/TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES DO NRAD PARA UBS DE REFERÊNCIA DA REDE - SES-DF



# ANEXO V

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
 SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
 COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
 DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
 GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

## FLUXOGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DOS PACIENTES DA UBS PARA O NRAD DA REDE SES-DF



Powered by bizagi Modeler

## ANEXO VI

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR FAAD – MÉDICO

Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF	
FAAD - MÉDICO PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome do paciente:	
Data de nascimento:	
Nome do responsável /grau de parentesco:	Telefones:
Endereço do paciente:	
Nº SUS CNS:	Nº SES:
IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO	
Unidade de acompanhamento:	
Médico assistente /CRM	
Telefones para contato	
DADOS DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE	
Data de admissão:	Data de alta:
Motivo do acompanhamento:	
Diagnóstico principal:	
Diagnósticos secundários:	
Evolução:	
Exames realizados/laudos:	
Medicamentos usados/vias de administração:	
Necessidade de uso equipamentos/procedimentos ( ) concentrador de oxigênio ( ) cpap ( ) bipap ( ) diálise peritoneal ( ) paracentese	
Necessita de acompanhamento com especialista ( ) não ( ) sim. quais _____	
Observações:	
Nome do médico/CRM:	
Assinatura do médico/carimbo:	Data:

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR  
FAAD – ENFERMEIRO**

<b>Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF</b>	
<b>FAAD - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR</b>	
Estado Geral: ( ) Bom estado geral ( ) Médio estado geral ( ) Ruim estado geral	
Nível de Consciência/Orientação: ( ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Orientado ( )	
Grau de Dependência (Escala da Cruz Vermelha Espanhola)	Grau 0 ( ) Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente.
	Grau 1 ( ) Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVDs). Apresenta algumas dificuldades para locomoções complicadas.
	Grau 2 ( ) Apresenta algumas dificuldades nas AVDs, necessitando de apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar.
	Grau 3 ( ) Apresenta graves dificuldades nas AVDs, necessitam de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
	Grau 4 ( ) Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVDs. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
	Grau 5 ( ) Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.
Grau de Dependência ≥ 3	Paciente possui Cuidador identificado: ( ) Não ( ) Sim Nome: _____
Padrão Respiratório e Circulatório	( ) Respiração Espontânea ( ) O2 dependente ( ) Traqueostomia ( ) VNI ( ) VMI
	TQT com: ( ) Cânula metálica ( ) Cânula Plástica - troca prevista para: Pressão Cuff _____
	( ) Sem Secreção ( ) Secretivo ( ) Hipersecretivo Aspecto: _____
	( ) Catéter Periférico ( ) Acesso Venoso Central ( ) Cateter totalmente Implantado
	( ) Fístula arteriovenosa para diálise ( ) Cateter Central com inserção periférica (PICC)

Padrão Nutricional e Eliminações	Se SNE/SNG Previsão de GTT _____.	
	Regulação e Encaminhamentos _____	
	Tipo de dieta: ( ) Oral ( ) Enteral ( ) Mista ( ) Parenteral	
	Dieta via: ( ) SNE ( ) SNG ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia	
	inserida em: _____ ( ) Por Endoscopia	
	( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) coletor masculino de urina para Incontinência	
	Eliminações Vesical	( ) Cateterismo vesical de alívio intermitente - Intervalo de: _____
	( ) Cateterismo Vesical de Demora - inserido em: ___/___/___	
	Motivo: Última Troca	
	( ) Cistostomia - inserido em: / / Motivo:	
Eliminação Intestinal: ( ) Fisiológica ( ) Colostomia ( ) ileostomia		
Pele	( ) Lesão por pressão - local: _____ estágio: _____	
	local: _____ grau: _____ ( ) Múltiplas - Nº: _____	
	( ) Ferida Neoplásica - Aspecto/ Local:	
	( ) Outro tipo de ferida: Tipo/ Local/Aspecto:	
Observações:		
Data: ___/___/___	Assinatura Enfermeiro/carimbo	
PREENCHIMENTO PELA EAD APÓS APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE ELEGIBILIDADE PADRONIZADO		
Modalidade de atenção:	( ) AD1 ( ) AD2 ( ) AD3	
Data:	Nome do profissional do EAD/assinatura:	

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO  
DOMICILIAR FAAD – NUTRICIONISTA**

**Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF**

<b>FAAD - RELATÓRIO NUTRICIONAL PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>		
Nome do paciente:		
Data de nascimento:	nº SES:	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO</b>		
Unidade de acompanhamento:		
Nutricionista /CRN:		
Telefones para contato:		
<b>DADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
Data avaliação nutricional:	Peso:	Altura:
IMC:		
Diagnóstico nutricional:	Diagnósticos secundários:	
Evolução:		
Prescrição Dietética:		
GET:	VET:	
PTN/dia/ peso		
Peso /dia		
Via de administração da dieta:		
Via alimentar: ( ) dieta oral ( ) sng ( ) sne ( ) gtt ( ) jnt    prazo ( ) curto ( ) longo		
kcal /kg peso/dia:		
Obs:		
Assinatura do nutricionista /carimbo		

# FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA ATENÇÃO DOMICILIAR

## FAAD – ASSISTENTE SOCIAL

### Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF

FAAD - RELATÓRIO SERVIÇO SOCIAL PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome do paciente:	
Data de nascimento:	nº SUS cns:                      nº SES:
AVALIAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	
Nome Social:	Sexo: ( ) masculino ( ) feminino
DN : Idade:	Sexo : ( ) Feminino ( ) Masculino
Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União Estável ( ) Divorciado ( ) Separado de Fato ( ) Viúva	
DADOS DOS CUIDADORES	
Nome dos Cuidadores:	
Nome do Cuidador Principal:	
Reside na mesma casa do paciente ( ) sim ( ) não	
Dificuldades de acesso a casa do paciente descrever:	
Endereço do cuidador principal:	
Telefone cuidador principal:	
Outros cuidadores: ( ) familiar ( ) igreja ( ) contratado	
Organização quando há mais de um cuidador organização do cuidado: dia _____ noite _____ fds _____	
Composição Familiar:	
SITUAÇÃO ECONÔMICA	
Benefícios: Previdenciário / Assistencial	Aposentado ( ) sim ( ) não ( ) em andamento
	Auxílio Doença ( ) sim ( ) não ( ) em andamento
	Auxílio Reclusão ( ) sim ( ) não ( ) em andamento
	Auxílio Doença ( ) sim ( ) não ( ) em andamento
	BPC ( ) sim ( ) não ( ) em andamento
	Bolsa Família ( ) sim ( ) não ( ) em andamento
	Outros:
Principal Mantenedor	( ) Paciente ( ) Familiar Parentesco ( ) outros
Assinatura do Assistente Social /carimbo:	
Data:	

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO  
DOMICILIAR FAAD – FISIOTERAPIA

Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF

FAAD - RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA PARA ADMISSÃO DE PACIENTE COM NECESSIDADE DE  
ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente:

Data de nascimento:

Nome do responsável / grau de parentesco:  
telefones:

Endereço do paciente:

Nº SUS CNS:

Nº SES:

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

Unidade de acompanhamento:

Fisioterapeuta / crefito:

Telefones para contato:

DADOS DE ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Data de admissão:

Data de alta:

Diagnóstico físico-funcional

Evolução

Função do aparelho respiratório (*oxigênio suplementar, dispnéia, tosse, secreção, músculos respiratórios, etc*)

( ) normal ( ) alterada \_

Incapacidade funcional: (*conforme escala ims*)

( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 7 ( ) 8 ( ) 9 ( ) 10 ( )

Avaliação neurológica: (*marcha, equilíbrio, tônus, reflexo, coordenação, etc.*)

Cuidados paliativos:

( ) fadiga oncológica ( ) dor ( ) linfedema ( ) polineuropatia ( ) fratura patológica ( ) outros

Faz uso de próteses ou órteses:

( ) não ( ) sim. qual \_\_\_\_\_

Observações

Nome do fisioterapeuta/crefito

Assinatura do fisioterapeuta/carimbo

Data:

IMS – ESCALA DE MOBILIDADE

CLASSIFICAÇÃO / DEFINIÇÃO

0 – nada (permanece deitado) Mudança de decúbito passivamente, não realiza movimentação ativa.
1 – senta na cama, exercícios na cama Movimentação ativo-assistida mas não executa mudanças de decúbito sozinho.
2 – Passa para cadeira com auxílio Transfere com auxílio de terceiros para cadeira sem ficar de pé e sem sentar beira leito.
3 – senta na beira da cama Pode ser assistido por alguém, mas possui algum controle de tronco para sentar-se ativamente
4- Fica de pé Descarrega o peso nos pés em ortostase com ou sem assistência.
5 – Transfere da cama para cadeira Capaz de dar um passo até a cadeira. Transferência do peso de uma perna para outra até a cadeira. Se obtiver ajuda para ficar de pé, precisa conseguir dar passos para a cadeira.
6 – Realiza marcha beira leito Capaz de elevar ativamente e alternadamente os membros inferiores (deve conseguir pelo menos 4 vezes , 2 em cada membro) com ou sem ajuda.
7 – Deambula com assistência de 2 ou mais pessoas Deambula longe do leito/cadeira pelo menos 5 metros assistido por 2 ou mais pessoas
8 – Deambula com assistência de 1 pessoa Deambula longe do leito/cadeira pelo menos 5 metros assistido por 1 pessoa.
9 – Deambula independente com auxílio de dispositivo (s) Deambula longe do leito/cadeira pelo menos 5 metros com dispositivos mas sem ajuda de terceiros. Se a pessoa for cadeirante, esse nível corresponde em “tocar” a cadeira por 5 metros, sem ajuda de outra pessoa.
10 – Deambula independente sem dispositivo Deambula longe do leito/cadeira pelo menos 5 metros sem dispositivos e sem auxílio de terceiros.

## ANEXO VII

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

### DEVOLUTIVA DO FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR –DFAAD

<b>Governo do Distrito Federal Secretaria de Estado de Saúde do DF</b>		
<b>DFAAD - DEVOLUTIVA DO FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ATENÇÃO DOMICILIAR</b>		
Nome do paciente:	Sexo:	
Data de Nascimento:	Nº SES:	
Nome do responsável/grau de parentesco:	Tel:	
Endereço do paciente:		
Hospital:	Local de origem:	Tel.:
Regional de Saúde do Domicílio:	Modalidade: ( ) AD1 ( ) AD2 ( ) AD3	
() Paciente será acompanhado pelo NRAD - Contato:		
() Paciente será acompanhado pela equipe de Atenção Primária (preenchimento obrigatório do DIRAPS)		
Equipe:	Contato:	
PENDÊNCIAS A SEREM PROVIDENCIADAS PARA EFETIVAÇÃO DA DESOSPITALIZAÇÃO DO PACIENTE		
() Encaminhar relatório de cuidados paliativos oncológicos		
() Encaminhar formulários preenchidos para admissão do paciente do Programa de Oxigenoterapia Domiciliar (POD).		
() Providenciar troca da cânula plástica da traqueostomia para cânula metálica		
() Encaminhar justificativa, caso não haja troca da cânula plástica de traqueostomia		
() Agendar procedimento da troca da cânula de traqueostomia plástica, caso não seja realizada antes da alta		
() Providenciar troca da sonda nasoenteral para gastrostomia ou jejunostomia		
() Encaminhar justificativa, caso não haja troca da sonda nasoenteral para gastrostomia ou jejunostomia		
() Agendar procedimento da troca da sonda nasoenteral para gastrostomia ou jejunostomia		
() Providenciar cadastro do paciente no programa de nutrição enteral domiciliar (ptned) - nutrição		
() Orientar quanto a dieta artesanal		
() Encaminhar relatório nutricional e cópias dos relatórios do ptned		
() Encaminhar agendamento das consultas ambulatoriais		
() Encaminhar agendamento de exames complementares		
() Encaminhar relatório médico		
() Encaminhar relatório do serviço social		
() Encaminhar relatório de enfermagem		
Observações:		
Comunicar Alta do Paciente:		
Data recebimento do FAAD: ____/____/____	Data do DFAAD: ____/____/____	
Assinatura e carimbo		

## ANEXO VIII

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

PACIENTE: \_\_\_\_\_

### CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE CONFORME A PORTARIA 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016

#### Atenção Domiciliar

<b>O paciente apresentando UM sim, é INELEGÍVEL ao SAD (Capítulo II Art. 5)</b>		
Necessidade de monitorização contínua;	SIM	NÃO
Necessidade de assistência contínua de enfermagem;	SIM	NÃO
Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;	SIM	NÃO
Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência	SIM	NÃO
Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento	SIM	NÃO
<b>O paciente apresentando UM sim, é ELEGÍVEL ao SAD (Capítulo II Art. 5)</b>		
Está restrito ao leito ou ao lar por condições físicas?	SIM	NÃO
É um paciente em cuidados paliativos ou situação em que necessita de acompanhamento no máximo mensal?	SIM	NÃO
<b>O paciente apresentando um dos itens abaixo, deverá ser assistido na modalidade AD2 (Capítulo II Art.9º)</b>		
I - afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, como tratamentos parenterais ou reabilitação;		
II - afecções crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento causado pela doença, que demande atendimento no mínimo semanal;		
III - necessidade de cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal, com o fim de controlar a dor e o sofrimento do usuário; ou		
IV - prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal		
Há diagnóstico médico estabelecido?	SIM	NÃO
Há necessidade de atendimento no mínimo uma vez por semana por algum membro da EMAD? Médico _____ Enfermeiro _____ Fisioterapeuta _____	SIM	NÃO
<b>O paciente AD2 apresentando os itens abaixo, deverá ser assistido na modalidade AD3 (Capítulo II Art.10º)</b>		
O paciente é classificado na modalidade AD2?	SIM	NÃO
O paciente necessita de algum (s) destes procedimentos de maior complexidade: <ul style="list-style-type: none"><li>• VM;</li><li>• Paracentese</li><li>• Nutrição Parenteral</li><li>• Transfusão Sanguínea</li></ul>	SIM	NÃO
<b>O paciente apresentando TODOS os itens abaixo, deverá ser assistido na modalidade AD1 (Capítulo II Art.8º)</b>		
Ausência de critérios para AD2/AD3?	SIM	NÃO
A condição clínica permite que o paciente seja acompanhado pela atenção primária?	SIM	NÃO
A condição do paciente permite que ele seja acompanhado com uma frequência menor? (a cada 15 dias ou a cada mês)	SIM	NÃO
A necessidade do paciente pode ser suprida pelos membros da equipe da atenção básica + NASF + ambulatorios de especialidade + ambulatorios de reabilitação?	SIM	NÃO

#### Ciência dos Membros da EMAD:

Medicina: \_\_\_\_\_

Enfermagem: \_\_\_\_\_

**Necessidade de EMAP?**  Não  Sim. Categoria: \_\_\_\_\_

## ANEXO IX

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIA

### TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE – TER

O Sr.(a). \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ RA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_ expedido em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, está  
sendo admitido no PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR DO DISTRITO FEDERAL,  
em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

Este serviço destina-se a ser prestado àqueles pacientes que preenchem os critérios de inclusão estabelecidos no Programa, dentre os quais:

- Morar em área de cobertura e estar cadastrado no Programa.
- Co – responsabilidade da família e do paciente nos cuidados e cumprimento do plano terapêutico estabelecido e seguir as orientações da Equipe de Saúde.
- Ser portador de doença crônica com comorbidade e com grau de incapacidade funcional e dependência para as Atividades de Vida Diária estabelecido pela Escala de Incapacidade Funcional da Cruz Vermelha Espanhola.
- Compromisso de comunicar alterações do estado de saúde do paciente, seja por motivo de reinternação hospitalar ou óbito, bem como mudança de endereço.
- Existência de cuidador e de infraestrutura domiciliar que permita a prestação de atenção domiciliar.
- Condições clínicas da pessoa enferma que permitam seu cuidado em casa.

Para que a família possa utilizar a melhor maneira este serviço, solicitamos que tome conhecimento e caso concorde siga as orientações a seguir:

- Ao ser incluído no Programa de Internação Domiciliar, o paciente passará a ter um CARTÃO DE ACOMPANHAMENTO que será entregue pelo Núcleo Regional de Atenção Domiciliar no ato do cadastramento.
- Este cartão servirá para que sejam anotados a identificação do paciente, Diagnóstico e CIDs principais, história clínica, medicamentos em uso e intercorrências.
- Caso haja necessidade de atendimento fora da data agendada, solicitamos que seja feito contato com a Equipe, para avaliação da situação e seja providenciado atendimento.
- O NRAD **NÃO** atende às emergências, somente o SAMU tem infraestrutura para esse tipo de atendimento.
- O horário de funcionamento para atendimento externo é de 08h:30min às 11h:30min e de 13h:30min às 17h:00min.
- Os insumos, equipamentos e materiais permanentes cedidos e/ou emprestados aos pacientes admitidos ao Programa estarão sempre na dependência dos estoques existentes na SES-DF por ocasião de sua utilização e a família comprometer-se-á a adquiri-los nessa circunstância.

Eu, \_\_\_\_\_  
(parentesco/responsável) RG \_\_\_\_\_, estou ciente e concordo  
com as normas deste Termo, responsabilizando-me como cuidador(a) do(a) paciente.

Brasília, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Cuidador(a)/responsável

\_\_\_\_\_  
Nome – Assinatura do responsável  
Nome assinatura - EMAD

## ANEXO X

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

### TERMO DE ADESÃO À MODALIDADE DE SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE ALTA COMPLEXIDADE

Termo de Adesão à Modalidade de Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade

Eu, \_\_\_\_\_,  
Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_,  
Endereço: \_\_\_\_\_,  
Telefone fixo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
Responsável Legal pelo paciente: \_\_\_\_\_,  
procedente da Unidade de Saúde da SES-DF \_\_\_\_\_, Data de  
Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, Prontuário SES/DF nº: \_\_\_\_\_, Endereço-  
\_\_\_\_\_, declaro que  
estou ciente e de acordo com as condições estabelecidas para a inclusão do paciente no Serviço de Atenção Domiciliar de Alta Complexidade SAD-AC, e fui devidamente esclarecido, tendo a oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas sobre as condições estabelecidas pela SES-DF:

#### 1. DAS RESPONSABILIDADES:

##### a. Da empresa Contratada:

- i. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- ii. Manter contato, orientação e interação com os familiares e cuidadores;
- iii. Acompanhar os cuidados domiciliares do paciente durante 24h por dia, todos os dias da semana e tomar todas as providências necessárias à sua assistência, decidindo e orientando os procedimentos de tratamento realizados por sua equipe, administrando medicações e dieta entre outros;
- iv. Prescrever o paciente e elaborar o Plano de Atenção Domiciliar – PAD;
- v. Realizar as visitas médicas, de enfermagem, de fisioterapeuta, de nutricionista e fonoaudiólogo, conforme estabelecido pelo PAD;
- vi. Revisar o PAD no mínimo uma vez por mês ou quando necessário de acordo com a necessidade do paciente;
- vii. Disponibilizar relatório médico e demonstrativo dos serviços prestados com os valores pagos pelo SUS, quando solicitado pelo responsável legal pelo paciente;
- viii. Não cobrar dos familiares/responsáveis pelo paciente qualquer serviço médico/hospitalar ou outro complementar da assistência;
- ix. Atuar nas intercorrências urgências/emergências que possam ocorrer, indicando a re-internação hospitalar, solicitando pareceres especializados e exames complementares, quando necessário;
- x. Providenciar a remoção do paciente, a pedido do médico assistente da contratada, para uma unidade de emergência da SES/DF, para reinternação hospitalar e/ou em situações de urgências/emergências;
- xi. Manter o atendimento domiciliar de urgência/emergência até a remoção do paciente para o hospital;
- xii. Fornecer e manter em condições adequadas de uso todos os equipamentos necessários aos cuidados do paciente, bem como fazer sua substituição, quando necessário, de forma a garantir a continuidade dos cuidados;
- xiii. Disponibilizar os recursos materiais conforme definido no PAD observando a quantidade e a qualidade exigidas para a assistência de acordo com as condições clínicas do paciente;
- xiv. Transportar até o domicílio do paciente os medicamentos, os materiais e as dietas especiais, exceto os medicamentos de ALTO CUSTO, os quais são de responsabilidade da família/responsável pelo paciente;
- xv. Manter sistema de comunicação de retaguarda para suporte em caso de urgência e emergência;
- xvi. Coletar amostras de sangue ou outras secreções/excreções para exames laboratoriais rotineiros, quando necessário, os quais serão realizados em laboratórios da própria SES-DF;
- xvii. Realizar a remoção do paciente em caso de urgência/emergência ou para realização de consultas/exames, quando necessário, caso este serviço não possa ser feita

por ambulância da SES/DF;

- xviii. Orientar e treinar o familiar responsável e/ou cuidador nos cuidados gerais com o paciente, bem como instruí-los sobre noções de segurança que envolve o uso dos equipamentos médicos hospitalares no domicílio.
- b. Dos familiares e/ou responsável legal:
- i. Participar dos cuidados gerais com o paciente, quando devidamente orientados e treinados, como: auxílio na alimentação; mudança da posição no leito; banho no leito ou em cadeira higiênica; higiene íntima; troca de fraldas; mobilização em cadeira e ou deambulação;
  - ii. Permitir a realização da visita pré-admissional no domicílio, por parte da contratada, para avaliação de contexto familiar, domiciliar, comunitário e ambiental adequados à instalação e permanência do SAD-AC (condições mínimas de higiene e espaço, orientações e interação com os cuidadores, saneamento básico etc.);
  - iii. Colaborar para o zelo e integridade dos equipamentos disponibilizados no domicílio. Os mesmos não devem ser manuseados sem autorização, sob pena de responsabilização por qualquer dano ocorrido. Seu uso indevido pode acarretar risco ao paciente e familiares/cuidadores;
  - iv. Manter os materiais, medicamentos e dietas para uso exclusivo do paciente;
- v. Não alterar, modificar ou oferecer outra dieta ao paciente, em nenhuma hipótese, sem o devido consentimento da equipe assistente;
- vi. Elaborar a dieta artesanal, aquela preparada em casa, quando indicada e após a devida instrução quanto ao seu preparo pela equipe da Contratada;
- vii. Indicar o responsável legal pelo paciente durante todo o período da prestação do serviço;
- viii. Permitir a retirada de todos os equipamentos utilizados no SAD-DF, pela empresa contratada, no caso da descontinuidade da assistência domiciliar.
- c. Da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal:
- i. Disponibilizar o SAD-AC através de empresa especializada contratada para este fim, por meio de processo licitatório segundo legislação específica;
  - ii. Classificar o paciente como sendo de alta complexidade, através da atuação de sua equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros e outros);
  - iii. Decidir pela inclusão, exclusão ou alta do paciente no SAD-AC, considerando o cumprimento das condições expostas neste protocolo, bem como as legais que envolvem o SAD-AC;
  - iv. Realizar exames laboratoriais, quando necessários, em conformidade com a solicitação da equipe assistente;
  - v. Realizar exame diagnóstico de imagem como tomografia, ressonância e outros, os quais serão agendados através da Central de Regulação de Exames da SES/DF;
  - vi. Realizar a reospitalização, quando indicada, após a remoção do paciente para uma unidade de emergência da SES/DF;
  - vii. Interromper o SAD-AC frente às hospitalizações do paciente, ficando suspenso neste período o pagamento das diárias, a dispensação de medicamentos, materiais e dietas. Os equipamentos e demais recursos usados para a assistência do paciente poderão ser retirados pela Empresa Contratada durante o período de internação hospitalar. A vaga no SAD-AC permanecerá garantida ao paciente mesmo durante a hospitalização e não será ocupada por outro paciente;
  - viii. Prestar esclarecimentos à família/responsáveis pelo paciente, sempre que solicitado, através do telefone (61) 2017-1145 – ramal 1042 ou (61) 99205-0480, ou pelo e-mail: homecare.sesdf@gmail.com, ou ainda diretamente à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal sito: SAIN – Parque Rural s/n, bloco A sala 25, Asa Norte, Brasília – DF CEP: 70.086-900;
  - ix. Executar o Contrato firmado entre a SES/DF e a empresa CONTRATADA, através da Comissão Executora de Contratos de "Home Care" da SES-DF.

## 2. CONSIDERAÇÕES GERAIS:

- a. O SAD-AC será mantido enquanto houver necessidade de assistência ao paciente, conforme indicação médica;
- b. A descontinuação do SAD-AC poderá ocorrer, quando:
  - i. O paciente não necessitar mais do serviço por ter evoluído com melhora clínica;
  - ii. Pedido do paciente ou familiar/responsável legal;
  - iii. Descumprimento das normas previstas no SAD-AC, por parte da família/responsável pelo paciente
  - iv. Qualquer mudança no contexto familiar, domiciliar, comunitário e ambiental adequados ao SAD-AC, envolvendo condições mínimas de higiene e espaço, orientações e interação com os cuidadores, saneamento básico, incluindo as condições de infraestrutura domiciliar que possam comprometer a segurança, a qualidade e a continuidade do SAD-AC;
- v. Óbito (morte) do paciente;

- c. Havendo suspensão temporária do SAD-AC devido à reospitalização, a reinclusão do paciente no serviço ocorrerá automaticamente após a alta hospitalar. O tempo para o retorno do paciente ao domicílio dependerá da reestruturação do SAD-AC na residência, incluindo aquele necessário para a recomposição da equipe.
- d. Nos casos de descontinuidade do SAD-AC por outros motivos que não o óbito a reinclusão acontecerá após o cumprimento dos critérios de inclusão no serviço.

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: \_\_\_\_\_,  
RG: \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
Grau de parentesco: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Brasília, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

4. CONTATOS COM A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES/DF  
Complexo Regulador em Saúde - [crdf.leitosgerais@gmail.com](mailto:crdf.leitosgerais@gmail.com) Comissão  
Executora de Contratos de "Home Care" da SES/DF - [contratos.cgcss@gmail.com](mailto:contratos.cgcss@gmail.com) Gerência de Serviços  
de Atenção Domiciliar: (61) 99205-0480 – [homecare.sesdf@gmail.com](mailto:homecare.sesdf@gmail.com)

Endereço da SES: SRTVN Quadra 701 conjunto C, SIN, 1º e 2º andar, Edifício PO 700, bairro: Asa Norte. Cep: 70723040-DF

## ANEXO XI

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

### SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE ALTA COMPLEXIDADE-SAD-AC

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Prontuário SES: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_  
Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico Solicitante: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

#### 1- CONDIÇÕES CLÍNICAS (Médico assistente UTI)

- |  |         |         |
|--|---------|---------|
| a. Ventilação mecânica invasiva.....   | Sim ( ) | Não ( ) |
| b. Acesso venoso periférico.....       | Sim ( ) | Não ( ) |
| c. Acesso venoso central .....         | Sim ( ) | Não ( ) |
| d. Realização de hemodiálise.....      | Sim ( ) | Não ( ) |
| e. Gastrostomizado .....               | Sim ( ) | Não ( ) |
| f. Nutrição parenteral total           | Sim ( ) | Não ( ) |
| g. Nutrição enteral                    | Sim ( ) | Não ( ) |
| h. Curativos de feridas/escaras grau 2 | Sim ( ) | Não ( ) |
| i. Traqueostomizado                    | Sim ( ) | Não ( ) |
| j. Hipersecreção brônquica             | Sim ( ) | Não ( ) |
| k. Cuidados paliativos                 | Sim ( ) | Não ( ) |
| l. Antibioticoterapia parenteral       | Sim ( ) | Não ( ) |

Se sim especificar: \_\_\_\_\_

- |  |         |         |
|--|---------|---------|
| m. Estabilidade hemodinâmica sem vasopressores               | Sim ( ) | Não ( ) |
| n. Estabilidade respiratória sem ajuste diário de parâmetros | Sim ( ) | Não ( ) |
| o. Sem intercorrências agudas diárias nos últimos 7 dias     | Sim ( ) | Não ( ) |
| p. Via de nutrição instalada e funcionando                   | Sim ( ) | Não ( ) |
| q. CID Principal: _____                                      |         |         |

#### 2- CONDIÇÕES SOCIAIS (Núcleo de Serviço Social do Hospital)

- |  |         |         |
|--|---------|---------|
| a. Aceitação da família e/ou responsável legal do SAD-AC | Sim ( ) | Não ( ) |
| b. Residência compatível para o SAD-AC                   | Sim ( ) | Não ( ) |
| c. Facilidade de acesso para ambulâncias ao domicílio    | Sim ( ) | Não ( ) |
| d. Residência e domicílio no DF                          | Sim ( ) | Não ( ) |

Observações: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

#### 3- PARECER (Comissão Executiva de Contratos de *home care* SES)

Preenche critérios de inclusão para o SAD-AC Sim ( ) Não ( )

Se não, justificativa: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Nome/assinatura: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

4. CONTATOS COM A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES/DF Complexo Regulador em Saúde -

[crdf.leitosgerais@gmail.com](mailto:crdf.leitosgerais@gmail.com) Comissão Executiva de Contratos de "Home Care" da SES/DF - [contratos.cccss@gmail.com](mailto:contratos.cccss@gmail.com) Gerência de

Serviços de Atenção Domiciliar: (61)99205-0480 – [homecare.sesdf@gmail.com](mailto:homecare.sesdf@gmail.com)

Endereço da SES: SRTVN Quadra 701 conjunto C, SIN, 1º e 2º andar, Edifício PO 700, bairro: Asa Norte. Cep: 70723040-DF

## ANEXO XII

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE  
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
DIRETORIA DE SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO  
GERÊNCIA DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR

### TABELA DE AVALIAÇÃO DE COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL – ABEMID

Efetuada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome		Complexidade:
Idade:	Programação em dias de atendimento - 24 h:	
Convênio:	Programação em dias de atendimento - 12 h:	
Matricula:	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
Quimioterapia	Diálise Domiciliar	5
	Oral	1
	Sub Cutânea	3
	Intra Venosa	5
Suporte Ventilatório	Intra Tecal	5
	O <sup>2</sup> Intermitente	2
	O <sup>2</sup> Contínuo	3
	Ventilação Mec. Intermitente	4
Lesão Vascular/Cutânea	Ventilação Mecânica Contínua	5
	Úlcera de Pressão Grau I	2
	Úlcera de Pressão Grau II	3
	Úlcera de Pressão Grau III	4
Grau de Atividade da Vida Diária Relacionada a Cuidados Técnicos	Úlcera de Pressão Grau IV	5
	Independente	0
	Semi-Dependente	2
Dependência de Reabilitação	Dependente Total	5
	Independente	0
Fisiot / Fono / Etc. Seções Diárias	Dependente	2
Terapia Nutricional	Suplementação Oral	1
	Gastrostomia	2
	SNE	3
	Jejuno Ileo	3
	Nutrição Parenteral Total	5
Classificação dos Pacientes		TOTAL
≤ 07 pontos	Paciente não elegível para Internação Domiciliar	
De 08 a 12 pontos	Baixa Complexidade	
De 13 a 18 pontos	Média Complexidade	
≥ 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: