



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BRUSQUE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**INSTRUÇÃO NORMATIVA N 06, DE JULHO DE 2021.**

ESTE DOCUMENTO É UMA FERRAMENTA NORTEADORA AOS PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS), NA QUAL DEFINE OS PROCESSOS DE TRABALHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR MUNICIPAL.

**JULHO DE 2021**



“[...]que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...).”

Sergio Arouca, 1986.





## **EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO**

Este documento foi elaborado e revisado pelos profissionais abaixo e será disponibilizado em consulta pública aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Brusque, no mês de Julho de 2021.

### **Elaborado por**

Equipe Multiprofissional EMAD e EMAP – SAD BRUSQUE

### **1ª Revisão em 30/07/2021**

Diretora de Atenção Primária – Camila G. Souza

Coordenadora de Atenção Primária – Aline Sturmer

Coordenadora de Atenção Primária – Rafaela Lopes Doria

## **APRESENTAÇÃO**

A atenção domiciliar (AD) é uma oferta de acesso e cuidados que está contemplada no escopo de trabalho de todos os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo, resguardando os princípios doutrinários do SUS, no tocante a [...] Integralidade e Equidade, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que sua práxis se operacionaliza, a fim de, cumprir com as premissas de acesso e assistência curativa (BRASIL, 1990).

A partir deste exposto e considerando as respectivas classificações de risco/gravidades, propõe-se um programa, denominado “Melhor em Casa”, cuja proposta é de realizar intervenções nos casos de média-alta complexidade e que, devido às condições delimitantes da pessoa acamada/domiciliada, precisará de intervenções especialista, multiprofissional.

Focada em reabilitação, tal equipe admite os pacientes com critérios definidos em i) objetivos, ii) intervenções, iii) responsabilidades, iv) prazos e v) alta; respeitando as singularidades das intervenções paliativistas. Com fins de restabelecimento (proporcional às condições prognósticas) tais intervenções, pautadas sob a ótica de manejos humanizados, pressupõe o “retorno” dos cuidados à equipe de referência Estratégia Saúde da Família (ESF) para que assim sejam mantidos a continuidade dos cuidados longitudinais (PNAB, 2006, 2011 e 2017; BRASIL, 1990).

### **1. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) E REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)**

Considerando o modelo de organização do SUS, onde a APS direciona, organiza e racionaliza o uso de todos os recursos (básicos e especializados) direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde; e a partir da gestão estratégia deste território municipal, calcula-se que dos 137.689 habitantes (IBGE, 2020), a APS contempla 91,59% de cobertura populacional e 81,95% de cobertura de ESF.

Essa proporção dos serviços de saúde municipal, distribuem-se em: 34 equipes de Estratégia Saúde da Família e 1 equipe de unidade básica, 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS); Centro de Especialidades Odontológicas; Clínica da Mulher; SAVS; CAPS II; CAPS AD; CAPS infantil; Ambulatório de Saúde Mental; Laboratório Municipal; SAE; Clínica Municipal de Fisioterapia;



Vigilância Epidemiológica Municipal, Vigilância Sanitária Municipal, Núcleo de Educação  
Núcleo de Permanente em Saúde e Humanização (NEPSHU); Farmácia Básica Central;  
Farmácia de Medicamentos Excepcionais; Ouvidoria Municipal da Saúde; SAMU.

A ampliação das estruturas dos serviços em saúde se converge à necessidade ante a  
estimativa de crescimento populacional neste município, cuja representação foi de 23,38%,  
nos últimos dez anos. Percebe-se também que o crescimento estimado de 34,31% de  
pessoas com 60 ou mais anos superam os 21,82% da população geral, da última década  
(IBGE, 2020).

No tocante aos serviços terciários/hospitais e a seus números de leitos de internação,  
em Brusque, até dezembro de 2020 havia um total de 158 leitos SUS (TABNET, 2021),  
distribuídos em **a)** Hospital Arquidiocesano Cônsul Carlos Renaux – Azambuja e no **b)**  
Hospital Maternidade Dom Joaquim, uma vez que o **c)** Imigrantes Hospital e Maternidade, não  
é conveniado ao SUS.

Em contrapartida não há uma pesquisa e análise sobre as condições de vida,  
adoecimento e agravos desta população; e, embora não exista um parâmetro oficial que  
aponte a densidade de leitos hospitalares por habitante, a Organização Mundial da Saúde  
(OMS) estima globalmente uma média de 3,2 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes.  
Sendo assim, Brusque, como no parâmetro nacional, está defasado em número de leitos.

A correlação entre leitos hospitalares e pessoas idosas se dá pois, segundo Nogueira  
(2003), há uma tendência de medicalização da vida e do sofrimento, bem como a  
institucionalização dessas pessoas em âmbitos que por vezes são desnecessários. O modelo  
de atenção à saúde hospitalocêntrico, fragmentado, biologicista e mecanicista, ao longo dos  
últimos anos corroboraram para que as pessoas desaprendessem a cuidar de seus entes no  
seio familiar; com isso, a lógica de terceirização e tecnicidade do cuidado transposto às  
instituições causam impactos socioculturais e nos sistemas de gestão do cuidado, sobre o  
modo de vida-morte.

Neste exposto, e, resgatando a apresentação deste documento, tal instrumento visa  
explicitar a atuação do **Serviço de Assistência Domiciliar (SAD)** deste município, bem como  
a sua respectiva competência de cuidado nos níveis Ad2 e Ad3.



## **PARTE I**

### **1. OBJETIVOS SAD**

#### **1.1 GERAL**

Desenvolver intervenções compatíveis com atenção domiciliar em suas respectivas modalidades (AD2 e AD3), compartilhando os cuidados com Atenção Primária à Saúde conforme preconiza as portarias, cadernos e políticas ministeriais.

#### **1.2 ESPECÍFICOS**

Cumprir com quadro de classificação de gravidade (ad1, ad2 e ad3) (**ANEXO A**); e escala de elegibilidade SAD (**ANEXO D**);

Ofertar atendimento inter e multiprofissional;

Mediar atendimento intra e intersetorial;

Promover reabilitação compatível com prognóstico;

Estimular condições de estabilização para o retorno do cuidado à APS;

Realizar ações intersetoriais de Atenção Psicossocial;

Desenvolver habilidades em familiares e cuidadores para a melhora do cuidado;

Estimular integração da família com as redes de assistências (saúde, assistência, etc);

Realizar o Projeto Terapêutico Singular de todos usuários SAD.

### **2. PRINCÍPIOS DO SERVIÇO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR**

Ser estruturado na perspectiva das RAS E RUE;

Articular com todos níveis de atenção, incorporado-se ao sistema de regulação;

Ser estruturado de acordo com os princípios de ampliação do acesso, acolhimento, equidade, humanização e integralidade da assistência;

Estar inserido nas linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário;

Trabalho centrado em equipes multiprofissionais e interdisciplinares;

Estimular a participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, do



usuário, da família e do cuidador.

### 3. COMPETÊNCIAS DE ATUAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Segundo a PORTARIA Nº 963, DE 27 DE MAIO DE 2013, art. 18, a Atenção Domiciliar será organizada em três modalidades:

- I – Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1) NA ESF;
- II – Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) NO SAD;
- III – Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3) NO SAD.

#### MODALIDADES DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Modalidade	Perfil usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	Problemas de saúde controlados/compensados. Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até unidade de saúde. Necessita de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde. Frequência das visitas, a partir da Avaliação Clínica, de uma visita/mês. Dentro da capacidade de atendimento das UBS.	Equipe UBS/ESF	Habitualmente contínua
AD2	Problemas de Saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de Saúde.	Equipe Programa Assistência Domiciliar	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabelecimento

	Necessita de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro. Necessidade de, pelo menos, uma visita/semana.		suficiente para cuidados em AD1
AD3	Semelhante ao da AD2, mas que faz uso de equipamentos/procedimentos especiais.	Equipe Programa Assistência Domiciliar	Habitualmente continua

Fonte: (Brasil, 2012, Caderno de Atenção Domiciliar pg. 74).

## 4. CRITÉRIOS SAD

### 4.1 INCLUSÃO

Usuários em todos os ciclos de vida, de qualquer faixa etária, que estejam acamados/domiciliados e que alcancem a pontuação mínima (13 pontos) exigida no Escala de Elegibilidade do Programa **(ANEXO D)**:

**NOTA<sup>1</sup>:** As intervenções da equipe SAD se manterão até a estabilidade do usuário, posteriormente será continuado com sua ESF.

**NOTA<sup>2</sup>:** Quando o usuário não apresentar os critérios acima citados pertence a Atenção Domiciliar 1 (AD1) que é realizada pela Unidade Básica Saúde (UBS).

### 4.1 EXCLUSÃO

Não serão autorizadas solicitações para os seguintes casos:

Escala de Admissão abaixo de 13 pontos.

Cardiopatias sem insuficiência respiratória crônica.

Asma brônquica sem insuficiência respiratória crônica.

Enfermidades que não respondem à oxigenoterapia.

Inaloterapia.



Melhora gasométrica significativa, de modo a colocar o usuário fora dos critérios de inclusão (alta).

Domicílios sem condições de receber o equipamento e/ou com instalação de rede elétrica irregular.

Mudança da área de abrangência do SAD.

Não uso ou uso inadequado do equipamento, causando danos tanto ao usuário quanto ao patrimônio.

Não há aderência ao tratamento instituído.

Usuários que necessitem de apenas uma área profissional do serviço;

Ausência do cuidador.

#### **4.3 ALTA**

Melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica;

Internação Hospitalar;

Ausência de condições domiciliares mínimas que comprometam a resolutividade ou a segurança na Atenção Domiciliar;

Inexistência de um cuidador;

Solicitação de desligamento pelo usuário ou familiar;

Não cumprimento das pactuações do cuidado do usuário;

Óbito.

#### **5. ENCAMINHAMENTO AO SAD**

O encaminhamento será realizado a partir, obrigatoriamente, após o atendimento da equipe UBS/ESF por profissional de nível superior (exceto em caso de desospitalização), ao usuário e sua família. O fluxo pactuado abaixo orienta que a partir das informações coletadas neste atendimento a equipe de referência deve enviar e-mail para o [melhoremcasa@smsbrusque.sc.gov.br](mailto:melhoremcasa@smsbrusque.sc.gov.br) junto com as informações completas constantes no instrumento padronizado (**ANEXO D**).

- Escala de Elegibilidade do Programa preenchida;



- Nome do usuário- CNS e data de nascimento;
- Diagnóstico e breve histórico;
- Endereço e ponto de referência;
- Telefone para contato.

**NOTA<sup>1</sup>:** O encaminhamento deve ser devido a necessidade de intervenção multiprofissional do SAD e não por categoria profissional isolada (sessões de fisioterapia, sessões de fonoaudiologia, etc).

**NOTA<sup>2</sup>:** A avaliação-conduta da médica clínica do SAD não substitui os atendimentos do médico da UBS;

**NOTA<sup>3</sup>:** Situações de Urgência e Emergência considerar item “9” descrito neste documento;

A ausência do médico da UBS (e outros pontos da Rede) não é critério para acionamento e atendimento da médica do SAD;

**NOTA<sup>4</sup>:** Renovações de receitas, consultas de familiares e cuidadores seguirá o fluxo habitual em sua respectiva equipe de referência.

## **6. FLUXO**

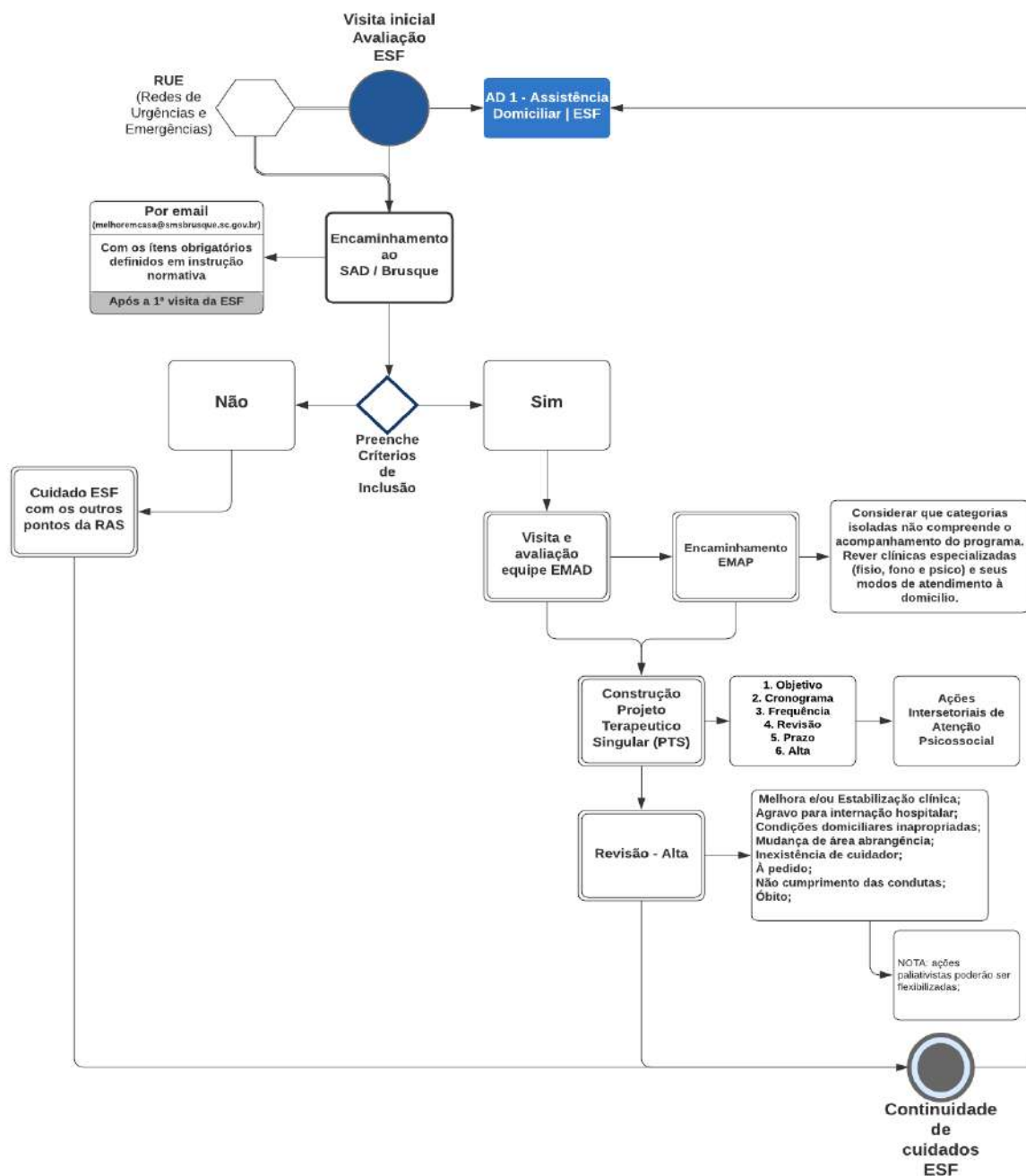
O desenho da articulação entre a Rede, denominado como fluxo SAD, está ampliado no ANEXO B. Seu objetivo é orientar sobre as formas de acesso, às intervenções e a continuidade do cuidado.

# SAD

FLUXO DE  
ENCAMINHAMENTO AO  
SERVIÇO (AD1, AD2 AD3)



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**

SECRETARIA DE  
SAÚDE

EMAD  
EMAP

Medicina | Enfermagem | Fisioterapia  
Nutrição | Fonoaudiologia | Psicologia

## SAD

**Serviço de Assistência  
Domiciliar  
AD2 e AD3**

## **7. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR**

### **7.1 EMAD E EMAP**

Complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, o SAD é responsável pelo gerenciamento e operacionalização das **Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)** e **Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)**. A prestação de assistência à saúde nas modalidades AD2 e AD3 é de responsabilidade da EMAD e da EMAP, ambas designadas para esta finalidade. A EMAD realizará visitas regulares em domicílio. A EMAP realizará visitas em domicílio, por meio de critério clínico, quando solicitado pela EMAD.

### **7.2 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES**

**EMAD<sup>1</sup>** (Equipe mínima obrigatória): 1 Médica, 1 Enfermeiro, 1 Fisioterapeuta e/ou Assistente Social, 3 Técnicas de Enfermagem;

**EMAP<sup>1</sup>** (Equipe mista): 1 Fisioterapeuta; 1 Fonoaudióloga; 1 Nutricionista; 1 Psicólogo; 1 Assistente Social.

**NOTA<sup>1</sup>:** As funções das categorias do EMAD e EMAP estão descritas no ANEXO C.

**NOTA<sup>2</sup>:** Até 01/07 Psicólogo não iniciou suas atividades.

#### **7.2.1 CARGA HORÁRIA**

O SAD está previsto para cobertura de atendimentos de segunda-feira a segunda-feira das 07h às 19h.

Quando comprovada a demanda de atuação nos finais de semana e feriados, organizar-se-á escala que garanta a continuidade do serviço. Salientamos que o serviço compõe e não substitui a Rede de Urgência e Emergência (RUE) bem como à RAS, logo deve ser levado em conta os chamados para os

respectivos serviços de urgência-emergência (SAMU e Hospitais) nos quadros com risco iminente de morte.

## **8. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Qualquer situação de natureza clínica que esteja acontecendo no ato do atendimento (remoto ou presencial) e/ou que tenha acontecido no máximo em 24 horas em que exista um risco significativo de morte para o usuário, necessitando de uma intervenção terapêutica imediata.

**8.1 EMERGÊNCIA** - situação de risco grave que exige uma intervenção imediata em minutos ou horas – o paciente está em risco, portanto, deve-se:

**8.1.1 CONDOTA-** Acessar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no telefone 192. Entrar em contato com a equipe especializada e/ou com um médico regulador, que por meio de algumas perguntas poderá orientar o manejo e, sendo necessário, deslocar uma ambulância para o atendimento.

**8.2 URGÊNCIA** - situação de um risco menor que exige uma intervenção em curto prazo podendo ser em dias ou semanas.

Caso o usuário não se enquadre nos critérios acima, mas apresentar sinais e sintomas clínicos alterados, deverá consultar sua equipe de referência ESF ou SAD. Considerar o documento “Sinais de Alerta” (**ANEXO H**).

## **9. FERRAMENTAS GERENCIAIS**

### **9.1 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (ANEXO D)**

Está contemplado no processo de trabalho do SAD a elaboração, revisão e manutenção do PTS, cuja relevância se dá pelas práticas centrada na pessoa-família-território, bem como pela racionalização do cuidado e a mensuração de resultados.

## **9.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Compreendendo a necessidade contínua de formação, o SAD prevê manutenção de treinamentos, formações, oficinas e outras modalidades que incluem apoio técnico-pedagógico aos profissionais do SAD, profissionais da RAS e RUE e aos cuidadores e familiares.

## **PARTE II**

### **DESOSPITALIZAÇÃO**

Para melhor otimização dos leitos hospitalares, a gestão de recursos, o processo de cuidado humanizado e o pressuposto conforto familiar indicam que a Rede de Atenção à Saúde e a Rede de Urgência e Emergência, por meio da ESF e do SAD, realizem o processo de desospitalização, que é diminuir e/ou prevenir internações hospitalares evitáveis.

A sistematização de um fluxo de desospitalização torna-se relevante para a racionalização de processos de trabalho, visto que tem a potencialidade de favorecer a integralidade dessa Rede, centrada no usuário, garantindo humanização e longitudinalidade do cuidado, com responsabilização compartilhada dos trabalhadores da saúde, que passam a se comunicar e conhecer os serviços dos quais cada um faz parte dentro de um todo comum. Além disso, operacionalizando esse fluxo, tornamos responsável e ágil o encaminhamento dos pacientes para as Equipes de Atenção Domiciliar e Equipes de Atenção Primária.

Critérios clínicos:

- Estar com a condição clínica comprometida, porém estável, com diagnóstico firmado ou hipótese diagnóstica e tratamento estabelecido/programado pelo médico assistente.

#### Critérios administrativos:

- Ter consentimento formal do paciente ou de familiares/cuidador por meio da assinatura do Termo de Esclarecimento e Responsabilidade padronizado.
- Concordância e encaminhamento de médico assistente, com relatório FAD completo, contendo dados relevantes para avaliação do quadro clínico do paciente.
- Realização de visita pré - admissional
- Tempo necessário para a desospitalização (considera-se o tempo exigido para se montar a estrutura hospitalar necessária para receber o paciente no domicílio).
- Possuir sistema de comunicação que garanta o acionamento da equipe, serviço de retaguarda ou apoio ou suporte logístico em caso de intercorrências.

#### Critérios assistenciais:

- 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 EAD: 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.

#### Critérios de Exclusão

- Será inelegível para a AD o usuário que apresentar pelo menos uma das seguintes situações:
- I - necessidade de monitorização contínua;
- II - necessidade de assistência contínua de enfermagem;
- III - necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência;
- IV - necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência; ou

- V - necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva, nos casos em que a equipe não estiver apta a realizar tal procedimento.

SUJEITO(S)	AÇÃO/ATRIBUIÇÃO	OBSERVAÇÕES
Médico, Enfermeiro e Assistente social (Hospitalar)	Identificam o paciente hospitalizado em enfermaria que está clinicamente estável e que tem condições de ter alta programada dentro de aproximadamente de 03 até 07 dias.  Avaliam se esse paciente necessita de continuidade de tratamento no domicílio	
Médico e Enfermeiro (Hospitalar)	Se sim, preenchem todos os campos, assinam e datam o “Formulário de Avaliação de Desospitalização” – FAD <b>( ANEXOS H e I )</b>	
Assistente social (Hospitalar)	Preenche formulários próprios para desospitalização, fazendo contato com a família, para abordagem psicossocial.	
Médico e Enfermeiro (Hospitalar)	Classifica o paciente pelo Instrumento de PROTOCOLO DE ELEGIBILIDADE SAD em AD1, AD2, AD3.  Se classificado como AD2 e AD3 acionam o SAD	
Serviço de Assistência Domiciliar - SAD	Observa se o paciente possui algum critério de inelegibilidade. Preenche a classificação da modalidade assistencial no FAD, data e assinatura. Se AD2/AD3 - Assistente Social - entra em contato com família e cuidador, marca uma visita pré-admissional no domicílio e prepara o domicílio para admissão do paciente.	
Instituição Hospitalar	Recebe o DFAD <b>(ANEXO J)</b> e para a efetivação da alta do paciente, providenciando as ações que foram solicitadas. Comunica SAD da alta do	




	acompanhamento do paciente/elaboração de plano terapêutico singular.	
--	--	--

Prefeitura Municipal de Brusque, 30 de Julho de 2021.

  
Osvaldo Quirino de Souza  
Secretário Municipal de Saúde  
Brusque/SC  
Portaria N. 13.578

Osvaldo Quirino de Souza  
Secretário de Saúde

  
Camila Fernanda Vale Pereira  
Diretora Geral

  
Camila Granemann de Souza  
Direção de Atenção Básica

## 11. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad\\_vol1.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf)>. Acesso em mar de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad\\_vol2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cad_vol2.pdf)>. Acesso em mar de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar: cuidados em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_vol3.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf)>. Acesso em mar de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2021. Painel de indicadores de atenção primária à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>>. Acesso em mar de 2021.

CENSO DEMOGRÁFICO, 2010. População estimada 2020. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/brusque/panorama>>. Acesso em mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em mar 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em mar 2021.

## ANEXO A

### ORIENTAÇÃO TEÓRICA LEGAL

Considerando, a portaria **Nº825/GM/MS, 25 DE ABRIL DE 2016**, define-se:

**ATENÇÃO DOMICILIAR(AD)** é uma modalidade de atenção à saúde prestada em domicílio. O SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) complementa os cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência e substitui ou completa a internação hospitalar.

**INDICAÇÃO:** O EMAD é indicado para pessoas em condições de ESTABILIDADE CLÍNICA que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito, para tratamento, cuidados paliativos, reabilitação e prevenção de agravos.

### ORGANIZAÇÃO DAS MODALIDADES DO PROGRAMA

Modalidade	Perfil usuário	Equipe prestadora do cuidado	Permanência
AD1	Problemas de saúde controlados/compensados. Dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até unidade de saúde. Necessita de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência, com menor necessidade de recursos de saúde. Frequência das visitas, a partir da Avaliação Clínica, de uma visita/mês. Dentro da capacidade de atendimento das UBS.	Equipe UBS/ESF	Habitualmente contínua
AD2	Problemas de Saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de Saúde. Necessita de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro. Necessidade de, pelo menos, uma visita/semana.	Equipe Programa Assistência Domiciliar	Habitualmente temporária, pode ser contínua se não houver estabilização suficiente para cuidados em AD1
AD3	Semelhante ao da AD2, mas que faz uso de equipamentos/procedimentos especiais.	Equipe Programa Assistência Domiciliar	Habitualmente continua

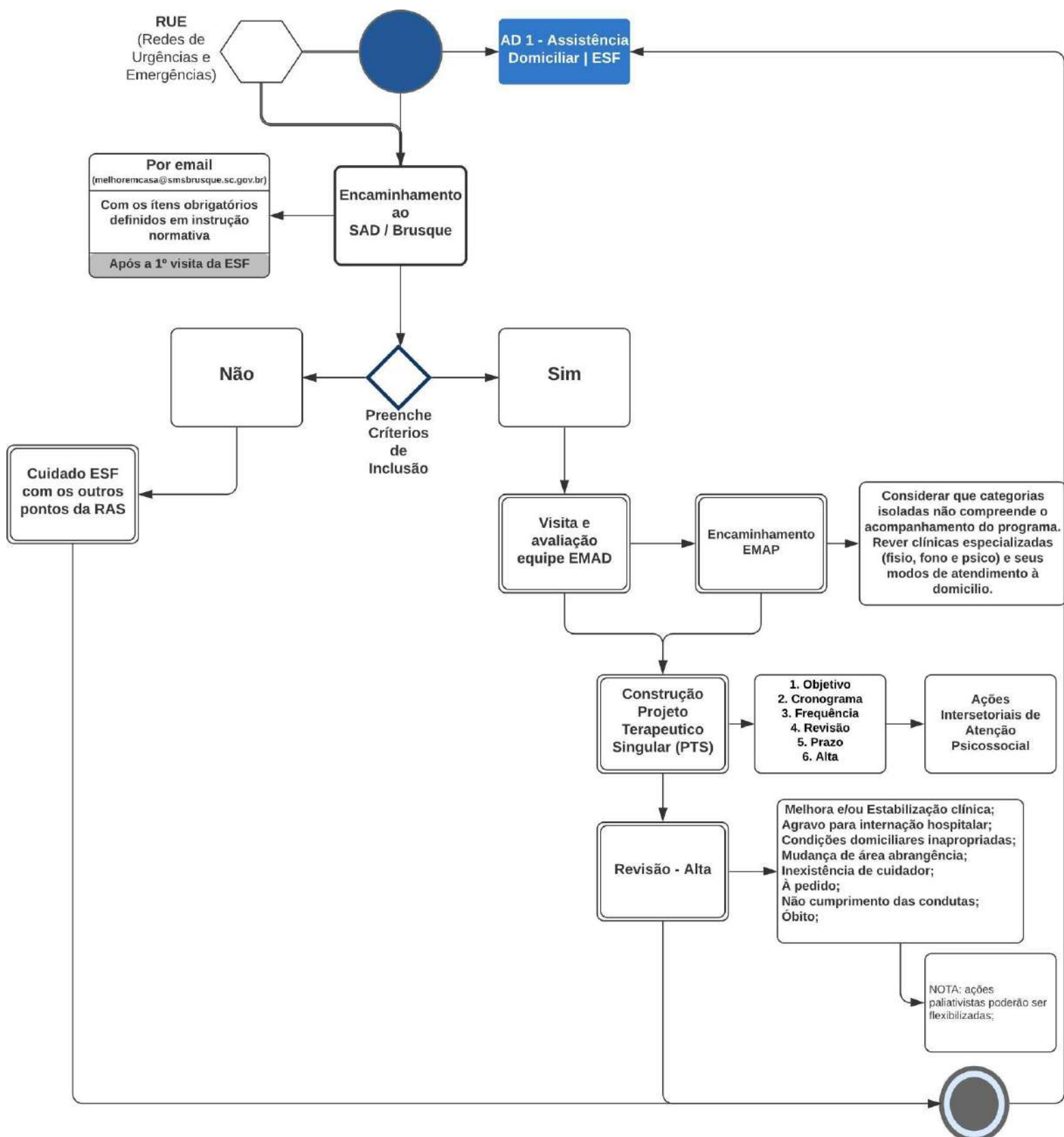
Fonte: (Brasil, 2012, Caderno de Atenção Domiciliar pg. 74)

**§1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção básica, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso (Portaria nº825/GM/MS, 25 de Abril de 2016).**



## ANEXO B

### FLUXO SAD



**ANEXO C****DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES POR CATEGORIA****1. ENFERMAGEM**

<b>O QUÊ</b>	Consulta de Enfermagem Procedimentos de enfermagem
<b>QUEM</b>	Enfermeiro Tec. de Enfermagem
<b>PRA QUEM</b>	Pacientes com critérios de admissão no SAD
<b>QUANDO</b>	Na primeira avaliação do paciente encaminhado Nas intervenções pactuadas no PTS
<b>ONDE</b>	Domicílio
<b>METODOLOGIA DE ATENDIMENTO</b>	<p>Todos os pacientes inseridos no serviço deverão ser avaliados inicialmente pela equipe de enfermagem, para avaliação multi de elegibilidade. Serão priorizados os pacientes clinicamente instáveis com alto risco (proporcional ao SAD) de complicações de saúde. A consulta de enfermagem é privativa do enfermeiro. É uma das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE e deve seguir o seguinte roteiro: Histórico de Enfermagem (coleta de dados e exame físico), diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. O processo de enfermagem deve ser realizado sempre na primeira visita domiciliar feita pela equipe de enfermagem e reavaliado com frequência pactuada no PTS.</p>
<b>COMO</b>	<p>Por meio das avaliações iniciais e construção do PTS</p> <p>Realizado em domicílio a avaliação inicial, junto a pactuação com a paciente-família-cuidador-equipe, determinará o que, porque, como e por quanto tempo será realizado.</p>
	<p><b>Enfermeiro</b></p> <p>Realizar visitas junto aos profissionais EMAD;</p>

<b>COMPETÊNCIAS</b>	<p>Gerenciar, supervisionar e organizar os serviços de enfermagem.</p> <p>Realizar consulta de enfermagem;</p> <p>Avaliar a assistência de enfermagem em domicílio, por meio da sistematização do atendimento de enfermagem (SAE);</p> <p>Realizar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas;</p> <p>Verificar o cumprimento do cronograma de visitas de enfermagem;</p> <p>Elaborar escala de visitas de enfermagem;</p> <p>Realizar plano de alta dos cuidados de enfermagem;</p> <p>Servir de apoio à equipe de enfermagem e à família intermediando situações que interfiram no bom atendimento ao dependente de cuidados;</p> <p>Monitorar o estoque e empréstimo de materiais de enfermagem;</p> <p>Monitorar o consumo diário e semanal de material de enfermagem;</p> <p>Realizar encaminhamentos a equipe EMAP;</p> <p>Realizar as pactuações descritas no PTS;</p> <p>Executar outras competências privativas do enfermeiro descritas em legislações e protocolos vigentes;</p> <p><b>Téc. de Enfermagem</b></p> <p>O técnico de enfermagem exerce atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, desde que sob supervisão, orientação e direção de enfermeiro, cabendo-lhe:</p> <p>Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação;</p> <p>Orientar o cuidador e familiares em atividades de desinfecção, de materiais e equipamentos, quando lotados no domicílio;</p> <p>Orientar o cuidador nos cuidados de higiene e conforto;</p> <p>Integrar a equipe multidisciplinar, e auxiliar na elaboração e execução do projeto terapêutico.</p> <p>Participar das atividades de educação permanente;</p> <p>Fazer curativos;</p> <p>Verificar sinais vitais;</p> <p>Realizar protocolos de notificações dos sistemas</p>
---------------------	---

	<p>vigilâncias em saúde;</p> <p>Realizar testes e proceder à sua leitura para subsídio diagnóstico, conforme descrito no protocolo de assistência de enfermagem do município;</p> <p>Realizar atividades de enfermagem em conformidade com as normas técnicas da profissão bem como os procedimentos e atividades presentes no protocolo de assistência de enfermagem do município de Brusque bem como outros protocolos do Sistema Único de Saúde - SUS</p>
<b>BENEFÍCIOS ESPERADOS</b>	Recuperação e reabilitação do paciente

## 2. FISIOTERAPIA

<b>O QUÊ</b>	Reabilitação fisioterapêutica
<b>QUEM</b>	Fisioterapia Domiciliar
<b>PRA QUEM</b>	<p>A AD é indicada para pessoas que, necessitam da equipe multiprofissional do SAD e estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou 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.</p> <p>Usuário com dificuldade de locomoção até Unidade básica de Saúde (UBS) e/ou serviço de especialidade da fisioterapia, com grau de perda funcional e dependência para realização das atividades de vida diária (AVD's).</p>
<b>QUANDO</b>	Após alta hospitalar e após avaliação e prescrição médica
<b>ONDE</b>	Domicílio
<b>COMO</b>	<p><b>AVALIAÇÃO:</b></p> <p>A avaliação da fisioterapia será individualizada, a partir do quadro clínico, sinais, sintomas e queixas de cada paciente. A partir da qual será determinado a quantidade e frequênc</p>

	<p>dos atendimentos, além dos objetivos do tratamento, variando de acordo com o prognóstico do paciente e baseado na escala de Medida da Independência funcional (MIF).</p> <p><b>ATENDIMENTO:</b></p> <p>O atendimento é realizado em domicílio, com acompanhamento do cuidador.</p> <p>O plano terapêutico é singular, estabelecido a partir da avaliação clínica funcional e da queixa do paciente, e a partir da mesma serão definidos objetivos e critérios de alta do programa.</p> <p>As abordagens poderão ser escolhidas de acordo com a necessidade de cada paciente, abordando técnicas de reexpansão pulmonar, higiene brônquica, estimulação motora, posicionamento no leito.</p>
<b>COMPETÊNCIAS</b>	<p>Realizar consulta, diagnóstico fisioterapêutico/cinesiológico funcional, prognóstico. Tratamento e alta fisioterapêutica;</p> <p>Executar os métodos e técnicas de fisioterapia, para os quais estejam habilitados;</p> <p>Exercer sempre que possível a interdisciplinaridade;</p> <p>Ações educativas ou assistenciais direcionadas ao paciente e seus familiares.</p>
<b>BENEFÍCIOS ESPERADOS</b>	<p>Promover a reabilitação do paciente incapaz de se locomover até a UBS e/ou serviço especializado;</p> <p>Diminuir ou prevenir riscos à saúde;</p> <p>Conscientizar o paciente e a família quanto às limitações instaladas e o compromisso do tratamento;</p> <p>Promover maior independência e autonomia possível do paciente;</p> <p>Melhorar, manter ou recuperar a qualidade de vida e a saúde do paciente;</p> <p>Retornar os cuidados aos equipamentos do território.</p>

## 2.1 CRITÉRIOS DE ALTA E EXCLUSÃO FISIOTERAPÊUTICA

- Encaminhamento da ESF apenas para esta categoria com fins de sessões fisioterápicas (considerar fisio domiciliar da clínica municipal de fisioterapia);
- Necessidade de monitorização contínua;
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência;
- Descumprimento dos acordos assistenciais entre a equipe SAD e usuário e familiares/cuidadores (ausência de cuidador);
- Pacientes que atingirem o objetivo propostos na avaliação fisioterapêutica;
- Melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica, com encaminhamento para outro ponto de atenção à saúde como a atenção básica;
- Solicitação de desligamento a pedido do paciente e/ou familiar.

## 3. FONOAUDIOLOGIA

<b>O QUÊ</b>	Reabilitação Fonoaudiológica
<b>QUEM</b>	Fonoaudiologia Domiciliar
<b>PRA QUEM</b>	Pessoa com suspeita e diagnóstico de disfagia orofaríngea com necessidade de avaliação e/ou intervenção terapêutica
<b>QUANDO</b>	Após internação hospitalar; após avaliação fonoaudiológica e sob prescrição médica
<b>ONDE</b>	Domicílio
<b>METODOLOGIA DE ATENDIMENTO</b>	<p>O atendimento é realizado em domicílio, na posição sentada no leito ou na cadeira, com a pessoa acordada, alerta e responsiva;</p> <p>O plano terapêutico é individual, estabelecido a partir da avaliação clínica, essas são:</p> <p>A. Transporte do bolo alimentar e do líquido associado a biomecânica da deglutição</p> <p>B. Aspectos oromiofuncionais e</p>

	C. Aspectos cognitivos
<b>COMO</b>	<p>Neste plano terapêutico, poderão ser abordadas as seguintes técnicas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reabilitação da biomecânica da deglutição - etapas progressivas e associadas:</li><li>• Manobras reabilitadoras</li><li>• Manobras facilitadoras para proteção de vias aéreas inferiores</li><li>• Técnicas vocais de coaptação e sustentação glótica para proteção de vias aéreas inferiores</li><li>• Trabalhar sensibilidade e mobilidade associado à deglutição de saliva</li><li>• Estimulação tátil/térmica/gustativa (ettg)</li><li>• Ettg+volume prescrito de treino</li><li>• Liberação de via oral com volume e frequência na consistência prescrita associado à avaliação nutricional</li><li>• Manipulação de região de face e cervical - técnicas de força, amplitude, precisão, velocidade dos aspectos da biomecânica da deglutição associados à atividades cognitivas</li><li>• Decanulação:</li></ul> <p>Paciente em uso de cânula de traqueostomia plástica com o cuff insuflado com prescrição médica para desmame</p>

	<p>Treino para desmame do cuff associado à avaliação da fisioterapia e plano terapêutico compartilhada</p> <p>Treino para desmame da cânula associado à avaliação da fisioterapia e plano terapêutico compartilhada</p> <p>Será considerado:</p> <p>Estado clínico geral do paciente</p> <p>Avaliação multiprofissional da ação progressiva do treino para desmame de cuff insuflado e cânula associado ao treino de oclusão, coordenação pneumofonoarticulatória, fonação e tosse eficiente.</p> <p>Na permanência progressiva de cuff desinsuflado - avaliação multiprofissional para retirada após em geral e total de 48h desinsuflado</p> <p>Na permanência progressiva de cânula metálica oclusa - avaliação multiprofissional para a troca de cânula e retirada após em geral e total de 48h oclusa</p>
--	--

### 3.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pessoas não elegíveis à avaliação e reabilitação da deglutição;  
Rebaixamento do nível de consciência e outras condições clínicas não estáveis  
seja pontual ou em longo prazo;  
Recusa do atendimento fonoaudiológico;

### 3.3 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Em alguns casos o paciente pode ser orientado a realizar os exercícios com auxílio do acompanhante, para intensificar a terapia;

Não são realizadas técnicas passivas (uma vez que o objetivo principal é a deglutição, inicialmente voluntária);

O atendimento do fonoaudiólogo depende da participação, colaboração e capacidade de resposta da pessoa.

Pessoas em cuidados paliativos são elegíveis à liberação e acompanhamento fonoaudiológico domiciliar de dieta de conforto.

### 4. MEDICINA

<b>O QUÊ</b>	Consulta Medicina Avaliação inicial EMAD
<b>QUEM</b>	Médica
<b>PRA QUEM</b>	Pacientes com critérios de admissão no SAD
<b>QUANDO</b>	Na primeira avaliação do paciente encaminhado Nas intervenções pactuadas no PTS Intercorrências com a gravidade relativa ao SAD
<b>ONDE</b>	Domicílio
<b>METODOLOGIA DE ATENDIMENTO</b>	Atendimento e avaliação individual e clínica em domicílio
	Avaliação e construção do PTS  Realizado em domicílio, as avaliações I: individ

<b>COMO</b>	e II: coletiva, respeitarão a conduta profissional e a pactuação com o paciente-família-cuidador-equipe, onde será determinar o quê, porquê, como e por quanto tempo será realizado.
<b>COMPETÊNCIAS</b>	Realizar exame físico; Solicitar exames complementares; Encaminhar à médicos especialistas; Interpretar resultados de exames; Diagnosticar quadros clínicos; Indicar terapias; Prescrever medicamentos, insumos, materiais e vias; Indicar internação hospitalar; Encaminhar aos profissionais da EMAP; Orientar sobre os cuidados aos cuidadores-famíliares; Esclarecer o diagnóstico ao paciente; Discutir as pactuações entre equipes; Elaborar a execução do PTS; Contribuir com os encontros de Educação Permanente; Realizar outras competências privativas médicas descritas em legislações e protocolos vigentes;
<b>BENEFÍCIOS ESPERADOS</b>	Recuperação e reabilitação do paciente; Alívio de dor; Condutas de conforto.

#### 4.2 CONSIDERAÇÕES

A avaliação-conduta da médica clínica do SAD não substitui os atendimentos do médico da UBS;

Situações de Urgência e Emergência considerar item “9” descrito neste documento;

A ausência do médico da UBS (e outros pontos da Rede) não é critério para acionamento e atendimento da médica do SAD;

Renovações de receitas, consultas de familiares e cuidadores seguirá o fluxo habitual em suas respectivas equipes de UBS.

## **5. NUTRIÇÃO**

A nutrição participa no tratamento de diversas doenças, dentre elas as mais prevalentes na atenção domiciliar são:

Neoplasias; Alergias e Intolerâncias Nutricionais; Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas; Doenças do Sistema Nervoso; Doenças do Aparelho Circulatório; Doenças do Aparelho Respiratório; Doenças do Aparelho Digestivo; Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo (úlceras por pressão e epidermólise bolhosa); Disfagia; R13; Orifícios Artificiais (ostomias).

### **5.1 OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DOMICILIAR**

Avaliar o estado nutricional dos pacientes em atenção domiciliar;  
Identificar os pacientes desnutridos ou em risco nutricional;  
Determinar as necessidades nutricionais individualizadas;  
Solicitar exames laboratoriais;  
Prescrever suplementos nutricionais;  
Promover educação nutricional;  
Monitorar o estado nutricional do paciente.

### **5.2 ATRIBUIÇÕES**

Fazer avaliação nutricional periódica dos pacientes;  
Rastrear fatores de risco nutricional;  
Identificar pacientes vulneráveis;  
Estimar a necessidade calórica;  
Elaborar a prescrição dietética;  
Acompanhar a aceitação, evolução, resultados e necessidades de eventuais ajustes na dieta (evoluir o aporte calórico e proteico conforme a tolerância e necessidade nutricional calculada para cada paciente);  
Criar estratégias para adesão do paciente e da família ao tratamento;  
Solicitar exames complementares quando necessário;  
Orientar os procedimentos de preparo, manipulação, armazenamento, conservação e administração da dieta (oral e/ou enteral), considerando os hábitos e condição social da família, de modo a garantir a qualidade



higiênico-sanitária e aporte nutricional da dieta e reduzir o risco de infecção;  
Reduzir e/ou minimizar efeitos adversos relacionados à nutrição, alertando sobre possíveis intercorrências e ações corretivas;  
Manter registros, no prontuário, da avaliação nutricional, da prescrição dietética e da evolução nutricional.

### 5.3 BENEFÍCIOS ESPERADOS

Recuperar e/ou manter o estado nutricional, com o fornecimento de aporte adequado de nutrientes;  
Prevenir ou auxiliar no tratamento das lesões por pressão e outras complicações relacionadas ao estado nutricional;  
Fornecer cuidados paliativos no âmbito nutricional;  
Auxiliar na reabilitação de alimentação por via oral, quando possível; Prevenir e evitar complicações de doenças crônico-degenerativas; Conscientizar o paciente e a família quanto à importância do tratamento nutricional;  
Prevenir transtornos gastrointestinais.

### FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DOMICILIAR

#### DADOS PESSOAIS

Nome do Usuário:

Sexo: ( ) F ( ) M    Data Nasc.:    /    /    Idade:       Data da 1ª avaliação:    /    /

#### DADOS CLÍNICOS

--

#### ANAMNESE ANTROPOMÉTRICA

Peso atual:        kg        Peso habitual:        kg        Perda de peso:        kg

Tempo da perda de peso:        % de perda de peso:    %

Edema:

#### ANAMNESE ALIMENTAR

- A alteração de consistência: ( ) Não ( ) Sim    Qual?
- Alterações na ingestão alimentar: ( ) Não ( ) Sim - há quanto tempo?
- Uso de suplemento? ( ) Não ( ) Sim    Qual?:
- Via de administração: ( ) Oral ( ) Sonda Nasoenteral ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia



Sintomas (que persistem > 2 semanas):

- ( ) Disfagia ( ) Odinofagia ( ) Náuseas ( ) Vômitos ( ) Constipação intestinal  
( ) Diarréia (> 3 evacuações líquidas) ( ) Xerostomia ( ) Inapetência ( ) Mucosite  
( ) Distensão abdominal ( ) Dor abdominal ( ) Astenia ( ) Disgeusia

Outros: \_\_\_\_\_

### HÁBITOS DE VIDA/CUIDADOS

Etilismo: ( ) Não ( ) Sim - frequência:

Tabagismo: ( ) Não ( ) Sim \_\_\_\_\_ cigarros/ dia ( ) Ex - parou há: \_\_\_\_\_ meses / anos

Sono (hora de acordar/hora de dormir):

Ingestão hídrica: \_\_\_\_\_ Funcionamento Intestinal:

At.física/Fisioterapia: ( ) Não ( ) Sim

Acompanhamento/Fonoaudióloga: ( ) Não ( ) Sim

Lesão por pressão:

### ANTROPOMETRIA

Peso atual (kg):	Altura (m):	PP:
Peso habitual (kg):	Altura estimada (m):	CB:
Peso ideal (kg):	IMC (kg/m <sup>2</sup> ):	PCT:
Peso corrigido (kg):	AJ (cm):	CMB:
Peso estimado (kg):		Circ. Pant.:

### ALIMENTAÇÃO

Tipo de dieta: ( ) Via oral ( ) Mista ( ) Artesanal ( ) Industrializada

____:____h	____:____h
____:____h	____:____h



__ : __ h	__ : __ h

### PRESCRIÇÃO DIETÉTICA

Necessidade calórica:	kg x	=	kcal / dia
Necessidade proteica:	kg x	=	g / dia
Necessidade Hídrica:	kg x	=	ml / dia

### CONDUTA NUTRICIONAL

--

### ACOMPANHAMENTO AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Peso atual (kg):						
Peso estimado (kg):						
Altura (m):						
Altura estimada (m):						
IMC (kg/m²):						
AJ (cm):						
PP (cm):						
CB (cm):						
PCT (mm):						
CMB (cm):						
Circunferência Panturrilha (cm):						





### EXAME BIOQUÍMICO

<b>Data</b>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
<b>Hb / Ht</b>						
<b>Leucócitos/ Neutrófilos</b>						
<b>Glicemia jejum</b>						
<b>Colesterol total</b>						
<b>HDL / LDL</b>						
<b>Triglicerídeos</b>						
<b>U / Cr</b>						
<b>Na / K</b>						
<b>Mg / P</b>						
<b>Cálcio</b>						

### EVOLUÇÃO

---

---

---

---

---



---

---

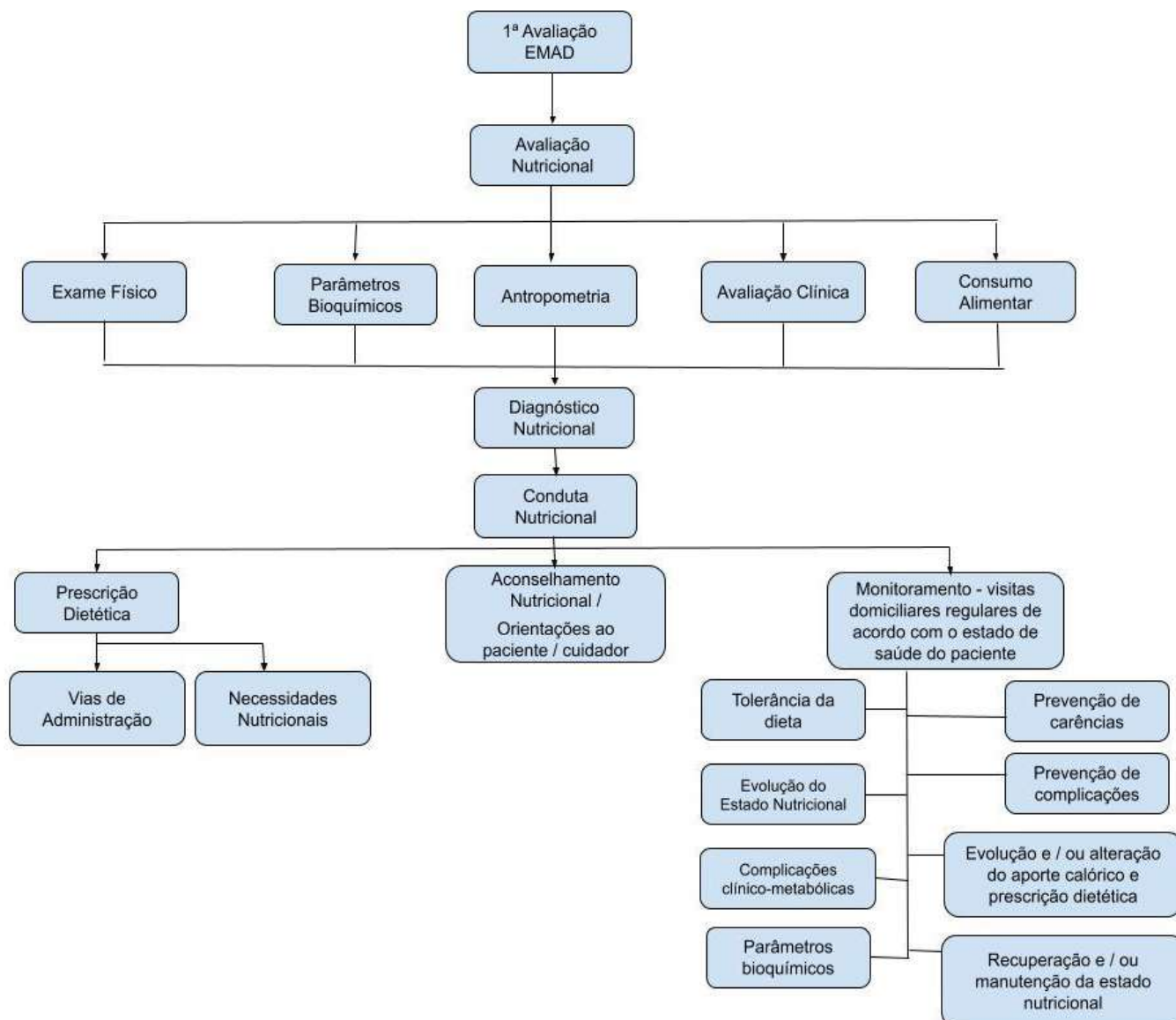
---

---

---

## **ANEXO 2**

### **FLUXOGRAMA DA ATENÇÃO NUTRICIONAL DOMICILIAR**



## 6. PSICOLOGIA

### 6.1 OBJETIVO:

Ofertar (auto)cuidado, sob a ótica de atenção psicossocial, aos

usuários, cuidadores e familiares, com o intuito de amenizar o sofrimento dos envolvidos no processo de adoecimento no âmbito domiciliar.

## **6.2 METODOLOGIA DE ATENDIMENTO**

Atendimento domiciliar: atendimento individualizado em domicílio;

Teleatendimento: atendimento individual realizado virtualmente/web (TELESAÚDE);

Atendimento externo: atendimento individualizado realizado fora domicílio;

Avaliação multiprofissional: avaliação inicial com outras categorias do SAD;

Atendimento multiprofissional: consulta compartilhada com outras categorias do SAD;

## **6.3 ENCAMINHAMENTOS AO SERVIÇO DE PSICOLOGIA**

A fim de orientar e esclarecer os encaminhamentos ao serviço de psicologia, abaixo estão explanadas algumas condições e situações que podem ser direcionadas a este serviço:

Pacientes e/ ou familiar com dificuldade de compreensão e/ou aceitação de seu quadro clínico com interferências na adesão ao tratamento;

Paciente que apresente alterações significativas na dimensão afetiva e cognitiva (como humor deprimido, comportamento agressivo, ansiedades, fobias, alucinações e delírios);

Paciente e familiar que não colaboram com o tratamento e não aderem de forma satisfatória ao seu quadro;

Pacientes cujo prognóstico não apresente possibilidade de cura (paliativo);

Pacientes e familiares em situação de vulnerabilidade social.

## **6.4 ENCAMINHAMENTOS AO SERVIÇO DE PSICOLOGIA AMBULATORIAL (EMAESM)**

Os pacientes (incluindo a rede de apoio) que apresentarem demandas (sinais/sintomas) externas à condição do adoecimento

domiciliar e, que assim, precisará de sessões sistematizadas e contínuas para acompanhamento de seu quadro, serão avaliados pela psicologia do SAD com fins ao encaminhamento do serviço Ambulatório de Saúde Mental.

## **6.5 DESCRIÇÃO DAS TAREFAS**

Identificar possibilidade de realização do atendimento: se o paciente está em condições de atendimento (sem alteração do nível de consciência, orientado com capacidade de comunicação, com sintomas controlados, sem ventilação mecânica, que não apresente comprometimento cognitivo grave).

Realizar avaliação psicológica com os respectivos fins: a avaliação inicia-se com o estabelecimento de um contrato psicológico, que consiste em uma explicação para o paciente/familiar do que se trata a avaliação psicológica, incluindo a apresentação do profissional, disponibilização do atendimento e aceite do paciente/familiar. Objetiva-se identificar aspectos como: compreensão do diagnóstico e, quando possível, prognóstico; percepção do momento de adoecimento, demandas de sofrimento; capacidade de adaptação e reações ao adoecimento e recursos de enfrentamento existentes e potenciais; alterações na autoimagem; estilo de vida, alterações de hábitos e papéis desempenhados; relacionamentos afetivos; rede de apoio, crenças pessoais e religiosas; expectativas quanto ao processo vivido, possíveis fatores estressores e reações emocionais; histórico de comorbidade psiquiátrica; perdas pregressas significativas; luto pelas perdas reais ou simbólicas vividas; questões institucionais e relacionamento com equipe. Vale ressaltar que a avaliação psicológica pode durar mais que um atendimento, dependendo das condições do atendimento e das demandas que surgem. Ao encerrar o atendimento, registrar se haverá seguimento no acompanhamento psicológico.

Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos que possam ter impacto no planejamento de cuidados do paciente.

Orientar e encaminhar, quando necessário, para outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e/ou outro ponto de atenção à assistência pública.



## 6.6 NOTAS

O acompanhamento se dará através de atendimentos ao paciente, cuidador e/ou ao familiar, a partir da indicação da equipe, após avaliação do profissional psicólogo e/ou na discussão de caso com a equipe multiprofissional. A frequência e duração serão determinadas de acordo com a demanda apresentada e avaliação do profissional de psicologia.

As informações repassadas/discutidas com a equipe serão com vistas aos aspectos do atendimento que tenham impacto no planejamento de cuidados do paciente.

O acompanhamento psicológico será encerrado quando: a) o paciente/familiar não apresentar mais desejo de ser atendido; b) o paciente/familiar não apresentar mais condições de ser atendido; c) o psicólogo considerar que não há mais demanda de acordo com os objetivos do acompanhamento; d) o paciente tiver alta do programa.

## 7. ASSISTÊNCIA SOCIAL

	O papel do assistente social é o de organizar as mais
--	---

<b>O QUÊ</b>	diversas questões sociais que em sua grande maioria interferem na evolução do tratamento do paciente. Todo o contexto familiar deve ser levado em consideração, visto que dadas interferências, afetam inclusive a resposta clínica ao tratamento proposto.
<b>QUEM</b>	Pacientes atendidos pelo programa e familiares que residem com eles.
<b>PRA QUEM</b>	Pacientes com critérios de admissão no SAD
<b>QUANDO</b>	Na primeira avaliação do paciente encaminhado Nas intervenções pactuadas no PTS Intercorrências com a gravidade relativa ao SAD
<b>ONDE</b>	Domicílio
<b>METODOLOGIA DE ATENDIMENTO</b>	Atendimento e avaliação individual e clínica em domicílio
<b>COMO</b>	Assistente Social atua no núcleo familiar em um momento de vulnerabilidade.  Faz parte das suas atribuições profissionais efetuar a análise social do caso, levantando o perfil social e econômico dos casos atendidos utilizando ferramentas profissionais.
<b>COMPETÊNCIAS</b>	São competências utilizadas pelo assistente social:  a) Entrevistas; b) Visitas domiciliares; c) Relatórios ; d) Mediação familiar; e) Articulação com a rede de saúde e rede socioassistencial; f) Atender, acompanhar e monitorar os casos atendidos g) Efetuar o acolhimento da família e orientá-la em relação à situação social enfrentada; h) Avaliação de critérios de cunho psicossocial, econômico; g) Avaliação para desospitalização; f) entre outras, a fim de realizar diagnóstico para possív



	intervenção.
<b>BENEFÍCIOS ESPERADOS</b>	Com a proximidade que o Assistente Social adquire tanto com as famílias como com os pacientes acredita-se ser possível a este profissional ser um instrumento importante para o constante aprimoramento para a qualidade na prestação de serviços. Atuando juntamente com a equipe multiprofissional.

## ANEXO D

### ESCALA DE ELEGIBILIDADE



## ESCALA DE ELEGIBILIDADE

Serviço de Atenção Domiciliar de Brusque



Assistência Domiciliar

Nome do paciente:		Idade:
DESCRIÇÃO	ITENS DA AVALIAÇÃO	SCORE
Sistema Digestório	Suplementação oral	1
	GTT/SNG/Jejunostomia	3
	Nutrição parenteral	8
Sistema Tegumentar	Lesão por pressão estágio I (Pele intacta com hiperemia)	2
	Lesão por pressão estágio II (Perda parcial da espessura dérmica)	3
	Lesão por pressão estágio III (Perda de tecido em sua espessura total)	4
	Lesão por pressão estágio IV (Perda total de tecido com exposição óssea, de músculo ou tendão)	5
Sistema Respiratório	O2 intermitente	2
	Traqueostomia sem aspiração	3
	Aspiração de vias aéreas superiores	3
	O2 contínuo	3
	Traqueostomia com aspiração	5
	Ventilação mecânica intermitente	5
	Ventilação mecânica contínua	8
Sistema excretor	Colostomia / ileostomia	2
	Sonda Vesical Alívio	2
	Sonda Vesical Demora	3
Medicação	Oral/enteral	1
	Subcutânea	3
	Parenteral	5
Acesso venoso	Acesso venoso periférico	5
	Hipodermoclise	5
	Acesso Venoso Central	8
Cuidados Paliativos A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos (ANEXO)	PPS ≥ 80	1
	PPS entre 50 e 70	3
	PPS entre 40 e 30	5
	PPS ≤ 20	8
Grau de atividade de vida diária	Independente	0
	Semi - dependente	2
	Dependência total	3
Categoria profissional	Fisioterapia ( ) 1	Nutricionista ( ) 1
	Fonoaudióloga ( ) 1	Psicóloga ( ) 1
	Assistente social ( ) 1	
Outros	Paracentese	8
	Díalise Peritoneal	8
	Transfusão sanguínea	8
Complexidade: ( ) AD1 ( ) AD2 ( ) AD3		TOTAL PONTOS: _____
obs:		

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE POR PONTOS:

INFERIOR A 12 PONTOS: Baixa complexidade - AD1 "AB" /  
ACIMA DE 25 PONTOS: Alta complexidade - AD3 "SAD"

De 13 a 24 PONTOS: Média complexidade - AD2 "SAD"





**VICTORIA  
HOSPICE**

## A Escala de Desempenho em Cuidados Paliativos versão 2 (EDCP v2)

TRADUÇÃO BRASILEIRA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA  
(Portuguese Brazilian translation of Palliative Performance Scale (PPS version 2))

PPS	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto-cuidado	Ingesta	Nível da Consciência
PPS 100%	Completa	Atividade normal e trabalho; sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 90%	Completa	Atividade normal e trabalho; alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
PPS 80%	Completa	Atividade normal com esforço; alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 70%	Reduzida	Incapaz para o trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
PPS 60%	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico; doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 50%	Maior parte de tempo sentado ou deitado	Incapaz para qualquer trabalho; doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
PPS 40%	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades; doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 30%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Normal ou Reduzida	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 20%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência +/- confusão
PPS 10%	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade; doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolento ou coma +/- confusão
PPS 0%	Morte	-	-	-	-

Translation by Maria Goretti Sales Maciel and Ricardo Tavares de Carvalho, São Paulo, Brazil. Palliative Performance Scale (PPSv2).  
©Victoria Hospice Society, 2009.



## ANEXO E

### PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS)

INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

USUÁRIO:	
CUIDADOR:	
FAMILIAR(ES) RESPONSÁVEIS:	TELEFONES:(    )

#### 1. MOTIVO DE SUA INCLUSÃO / CID

CID: _____; _____; _____
--------------------------

#### 2. FATOR PRINCIPAL E SECUNDÁRIO A SER TRATADO / OBJETIVOS /QUEIXA PRINCIPAL


#### 3. CRONOGRAMAS DAS INTERVENÇÕES

##### 3.2 CRONOGRAMA / EMAD

- (    ) COORDENAÇÃO \_\_\_\_\_  
(    ) MEDICINA \_\_\_\_\_  
(    ) ENFERMAGEM \_\_\_\_\_  
(    ) TEC. ENFERMAGEM \_\_\_\_\_  
(    ) FISIOTERAPIA \_\_\_\_\_

##### 3.3 CRONOGRAMA / EMAP

- (    ) FONOAUDIOLOGIA \_\_\_\_\_  
(    ) NUTRIÇÃO \_\_\_\_\_  
(    ) PSICOLOGIA \_\_\_\_\_  
(    ) ASSISTENTE SOCIAL \_\_\_\_\_

##### 3.2.1 FREQUÊNCIA

(    ) SEMANAL    (    ) QUINZENAL    (    ) MENSAL

SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM

##### 3.3.1 FREQUÊNCIA

(    ) SEMANAL    (    ) QUINZENAL    (    ) MENSAL

SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM

#### 4. PRINCIPAIS POTENCIALIDADES


#### 5. DIVISÃO DAS COMPETÊNCIAS;





**5.1 PROFISSIONAIS:**

- 5.1.1 REALIZAR O ACOMPANHAMENTO/ REVISÃO DESTE INSTRUMENTO ATÉ SUA ALTA ASSISTIDA;  
5.1.2 DISCUTIR A INSERÇÃO EM INTERVENÇÕES COM OS OUTROS PROFISSIONAIS ANTES DE FAZER A INSERÇÃO DOS ITENS "3.2" E "3.3";  
5.1.3 EVOLUIR TODAS CONDIÇÕES IMPORTANTES DO CASO;  
5.1.4

AÇÕES	RESPONSÁVEL	PRAZO

**5.2 CUIDADORES/FAMILIARES:**

- 5.2.1 PARTICIPAR DAS INTERVENÇÕES, QUANDO SOLICITADO;  
5.2.2 OUTROS: \_\_\_\_\_

**6.3 PACIENTE:**

6.3.1

**7. TEMPO PARA REVISÃO DO PTS**

(    ) SEMANAL    (    ) QUINZENAL    (    ) MENSAL    (    ) SEMESTRAL

DATA DA REVISÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**7.1 SEGUIMENTO PÓS REVISÃO:**

--

**8. PLANEJAMENTO DE ALTA**

--

DATA DA PREVISÃO DE ALTA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
USUÁRIO

\_\_\_\_\_  
FAMILIAR / CUIDADOR



## ANEXO F

### PRONTUÁRIO DOMICILIAR MULTIPROFISSIONAL

Unidade Básica de Saúde (UBS):	
Nome do usuário:	
Data nascimento:        /        /	CNS:
Sexo: (    )M (    )F (    )_____	

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

<b>1. SINAIS VITAIS</b>
PA        mmHg
P        bpm (    ) rítmico (    ) Arrítmico (    ) forte (    ) fraco
T-        °C
Sat O2-
HGT        mg/dl
<b>Respiração</b> irpm (    ) Bradipneia (    ) Taquipneia (    ) Dispneia
<b>2. NEUROLÓGICO</b>
<b>2.1 Resposta:</b> (    ) Ativa (    ) Passiva
<b>2.2 Comunicação:</b> (    ) Verbal (    ) Por Sinais
<b>2.3 Orientação:</b> (    ) Orientação (    ) Desorientado
<b>2.4 Coordenação motora:</b> (    ) bom (    ) ruim
<b>3. CARDIOVASCULAR:</b>
(    ) Murmúrio Vesicular (    ) Estertores Roncos e Sibilos (    ) Tosse seca (    ) Tosse Produtiva
<b>4. ABDÔMEN</b>
<b>4.1 Inspeção:</b> tipo: (    ) plano/normal (    ) globoso (    ) escavado (    ) avental (    ) simétrico (    ) assimétrico (    ) distendido (    ) flácido
<b>4.2 Ausculta:</b> ruídos hidroaéreos/RHA (    ) presente (    ) ausente (    ) diminuído (    ) aumentado
<b>4.3 Percussão:</b> (    ) presente (    ) ausente (    ) maciço (    ) timpânico (    )
<b>4.4 Palpação:</b> (    ) superficial (    ) profunda    Sensibilidade: (    ) sim (    ) não

### 6. QUADRO GERAL / EVOLUÇÃO PROFISSIONAL


## ANEXO G

### ORIENTAÇÕES E SINAIS DE ALERTA AO CUIDADOR/FAMILIAR

QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA QUE DEVO ME ATENTAR?	O QUE É?	QUAL A GRAVIDADE?	SUGESTÃO DE CONDUTA?
1. Rebaixamento do nível de consciência ou inconsciência	Não responde, não se mexe ao ser estimulado, não abre os olhos	Grave	Ligar para o SAMU 192 e avisar o SAD em seguida
2. Perda dos movimentos da metade do corpo e rosto	Não consegue se mexer de um lado do corpo e a boca fica torta	Grave	Ligar para o SAMU 192 e avisar o SAD em seguida
3. Dificuldade de respirar	Quando a respiração fica difícil e rápida, esforço grande para respirar, dedos e lábios arroxeados	Moderado	Ligar para o SAD e em caso de dedos ou lábios arroxeados ligar para o SAMU 192
4. Tosse produtiva	Tosse com presença de catarro (amarelo ou esverdeado)	Leve/Moderado	Ligar para o SAD
5. Interrupção ou falha em equipamentos* emprestados pelo SAD (*aspirador ou nebulizador)	Quando algum equipamento deixa de funcionar ou não funciona corretamente	Leve/Moderado	Ligar para o SAD e em caso de dedos ou lábios arroxeados e falta de ar ligar para o SAMU 192
6. Ausência de oxigênio no domicílio	Quando a fornecedora de oxigênio não entregar o gás em tempo hábil para uso do paciente	Grave	Ligar para o SOD (Serviço de oxigênio domiciliar 3381-7763) e em caso de dedos ou lábios arroxeados ligar para o SAMU 192
7. Febre	Temperatura medida com termômetro na axila maior que 37,8°C	Leve	Ligar para o SAD
8. Vômitos	Mais que 3 episódios de vômitos	Leve/Moderado	Ligar para o SAD
9. Ausência de urina	Quando o paciente não elimina urina há mais de 24 horas	Moderado	Ligar para o SAD
10. Constipação	Mais que 10 dias sem eliminar fezes	Leve/Moderado	Ligar para o SAD
11. Problemas com a sonda de alimentação	Obstrução ou tracionamento da sonda de alimentação	Moderado	Ligar para o SAD
12. Convulsão	Perda da consciência, acompanhada de contrações musculares involuntárias, pele arroxeada, salivação intensa, lábios e dentes cerrados. liberação esfínter caracterizada por incontinência fecal e urinária.	Grave	Ligar para o SAMU 192 e avisar o SAD em seguida
13. Hipotermia	Batimentos cardíacos acelerados, pressão alta, tremores musculares, rigidez muscular, pele fria e pálida, dedos da mão e pé arroxeados, confusão mental com desorientação.	Leve/Moderado	Ligar para o SAD
14. Hiperglicemia	glicemia capilar maior que 250, acompanhada de sinais e sintomas como: fraqueza, náuseas, hálito com cheiro de álcool ou/acetona, vômitos, sede, aumento da urina e confusão mental.	Grave	Ligar para o SAMU 192 e avisar o SAD em seguida
15. Hipoglicemia	Glicemia capilar menor que sessenta, com sinais e sintomas de hipoglicemia como: tremores, sudorese, palidez, coração acelerado, tonturas, cefaleia, fraqueza, formigamento, distúrbios visuais e rebaixamento da consciência (confusão mental).	Grave	Ligar para o SAMU 192 e avisar o SAD em seguida
16. Reação alérgica, sensação de formigamento nas mãos	Espirros ou nariz entupido. ...  Vermelhidão nos olhos ou lacrimejamento. ...  Tosse ou falta de ar. ...  Manchas vermelhas ou coceira na pele	Grave	Ligar para o SAMU 192 e avisar o SAD em seguida
17. Edema MMII	Pele esticada, sensação de peso nas pernas	Leve/Moderado	Ligar para o SAD

### ORIENTAÇÕES:

**Reinternação hospitalar:** Caso o paciente seja removido até uma unidade hospitalar e permaneça internado, comunicar o SAD;

**Óbito no domicílio:** Caso o paciente venha a falecer em casa, a família deve entrar em contato com o SAMU 192 e posteriormente avisar ao SAD;

**Alta do SAD:** Quando a equipe der alta para o paciente, o mesmo deve dar prosseguimento aos atendimentos na Unidade de Saúde que pertence (renovação de receitas, APAC de dietas, solicitação de exames, etc.);

**Renovação de Receita:**

**Materiais/insumos:** Os materiais de insumos serão retirados na UBS de referência, mediante receituário preenchido pela EMAD;

**Alimentação por Sondas / Dietas:** Retirada na Policlínica/SMS somente nas quartas-feiras das 13h30 às 16h30 no consultório 09.



## ANEXO H

### FORMULÁRIO DE DESHOSPITALIZAÇÃO / MÉDICO



PREFEITURA DE  
**BRUSQUE**

SECRETARIA DE  
**SAÚDE**



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESHOSPITALIZAÇÃO			
Nome do Paciente:			Sexo:
Data de Nascimento:	Nº SES:		
Nome do responsável/Grau de parentesco:			Tel:
Endereço do Paciente:			
Hospital:			
Dados enfermaria:	Clinica:	Letto:	Tel:
Nome do Médico assistente:		CRM:	
Nome do Enfermeiro:		COREN:	
DADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR ATUAL – VÁLIDO POR 7 DIAS			
AVALIAÇÃO MÉDICA			
Data de admissão:	Paciente oncológico paliativo ( ) SIM ( ) NÃO		
Motivo da Internação/História Clínica:			
Diagnóstico Principal:			
Diagnósticos Secundários:			CID:
Intercorrência durante a Internação:			
Alergia: ( ) Não ( ) Sim – Qual:			
Esteve Internado na UTI:		Febre nas últimas 48h.: ( ) Não ( ) Sim	
( ) Sim ( ) Não		Esteve em Isolamento: ( ) Sim ( ) Não	
MEDICAMENTOS PARA USO DOMICILIAR		Se sim, qual Patógeno:	
( ) Sim ( ) Não		Vias de Administração:	
Em uso de antibioticoterapia:		QUAL/FREQUÊNCIA/DURAÇÃO/DOSE/AGEM/VIA:	
( ) Sim ( ) Não			
SE SIM, ANEXAR FICHA PREENCHIDA DE CONTROLE DE ANTIMICROBIANO			
Necessidade de suporte Ventilatório:		( ) O2 dependente ( ) CPAP ( ) BIPAP ( ) VMI	
Necessidade de Oxigenioterapia Domiciliar:		( ) Sim ( ) Não Fluxo Prescrito:	
Necessidade de:		( ) Diálise Peritoneal ( ) Paracentese ( ) Outro, qual:	
Necessita de Monitorização contínua:		( ) Sim ( ) Não	
Necessidade de acompanhamento domiciliar de:		Nutricionista ( ) Fisioterapeuta ( ) Fonoaudiólogo ( ) Psicólogo ( ) outros Qual:	
		( ) outros Qual:	
Exames Realizados – LAUDOS NO SISTEMA ( ) Sim ( ) Não (Encaminhar laudo)			
( ) Radiografia ( ) Tomografia ( ) EDA ( ) CPRE ( ) Broncoscopia ( ) Sorologias ( ) USG ( ) Colonoscopia			
Outros:			
Observação Complementares e Programação pós alta hospitalar:			
DATA: ____/____/____		Assinatura Médico/ Carimbo:	





## ANEXO I

### FAD ENFERMEIRO



FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE DESHOSPITALIZAÇÃO – PARTE ENFERMEIRO		
ESTADO GERAL: ( ) BOM ESTADO GERAL ( ) MÉDIO ESTADO GERAL ( ) RUIM ESTADO GERAL		
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ORIENTAÇÃO: ( ) CONSCIENTE ( ) INCONSCIENTE ( ) ORIENTADO ( ) DESORIENTADO		
<b>GRAU DE DEPENDÊNCIA</b>  (ESCALA DA CRUZ VERMELHA ESPANHOLA)	GRAU 0 ( )	Vale-se totalmente por si. 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 ( )	Inobilizado na cama ou sofa, necessitando de cuidados contínuos
<b>GRAU DE DEPENDÊNCIA &gt; 3</b>	Paciente possui cuidador identificado: ( ) Sim ( ) Não Nome: _____	
<b>PADRÃO RESPIRATÓRIO E CIRCULATÓRIO</b>	( ) Respiração espontânea ( ) O2 dependente ( ) Traqueostomia	
	TQT com: ( ) Câmara Metálica ( ) Câmara Plástica - Troca prevista para: _____ ( ) Sem Secreção ( ) Secreto ( ) Hiperssecreto Aspecto: _____	
	( ) Cateter periférico ( ) Acesso Venoso Central ( ) Cateter totalmente implantado ( ) Fístula arteriovenosa para diálise ( ) Cateter central com inserção periférica (PICC)	
<b>PADRÃO NUTRICIONAL E ELIMINAÇÕES</b>	Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____	
	Perda ponderal nos últimos 6 meses: ( ) Não ( ) Sim – porcentagem de: _____	
	Tipo de dieta: ( ) Oral ( ) Enteral ( ) Mista ( ) Parenteral	
	Dieta via: ( ) SNE ( ) SNG ( ) Gastrostomia ( ) Jejunostomia	
	Inserida em: _____ ( ) Por Endoscopia	
<b>ELIMINAÇÕES VESICAL</b>	( ) Espontânea ( ) Fralda ( ) Coletor masculino de urina para incontinência	
	( ) Cateterismo vesical de alívio intermitente – intervalo de: _____	
	( ) Cateterismo vesical de demora – inserido em: ____/____/____	
	Motivo: _____	
<b>ELIMINAÇÕES VESICAL</b>	( ) Clistostomia – inserido em: ____/____/____	
	Motivo: _____	
Eliminação Intestinal: ( ) Fisiológica ( ) Colostomia ( ) Ileostomia		
<b>PELE</b>	( ) Úlcera por pressão – Local: _____ Grau: _____	
	Local: _____ Grau: _____ ( ) Múltiplas – Nº ( ) _____	
	( ) Feridas Neoplásicas – Aspecto/Local: _____	
	( ) Outro tipo de Ferida: Tipo/Local/Aspecto: _____	
<b>OBSERVAÇÕES</b>		
DATA: ____/____/____ VALIDO POR 7 DIAS	Assinatura Enfermeiro/caimbo: _____	
PREENCHIMENTO SAD (SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR)		
MODALIDADE DE ATENÇÃO	( ) AD1 ( ) AD2 ( ) AD3	
DATA: ____/____/____	Nome do Profissional de SAD/assinatura: _____	

