

**PORTARIA Nº 55, DE 16 DE JANEIRO DE 2018**

Estabelece as normas e as diretrizes referentes à organização da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, Substituto, no uso das atribuições que lhe conferem o artigo 105 da Lei Orgânica do Distrito Federal, o Decreto nº 23.212 de 6 de setembro de 2002, bem como o artigo 448 do Regimento Interno da Secretaria de Saúde, aprovado pelo Decreto nº 34.213, de 14 de março de 2013, publicado no DODF nº 54, de 15 de março de 2013;

Considerando o capítulo VI da Lei nº 8080, Art. 19-I (Incluído pela Lei nº 10.424, de 2002), que estabelece o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, e prevê que o atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora e que só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do usuário e de sua família;

Considerando o art. 15, inciso IV, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso;

Considerando a Lei nº 4.990, de 12 de dezembro de 2012, do Distrito Federal que regula o acesso a informações no Distrito Federal previsto no art. 5º, XXXIII, no art. 37, § 3º, II, e no art. 216, § 2º, da Constituição Federal e nos termos do art. 45, da Lei federal nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 4.279, do Ministério da Saúde, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências, institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS e considera a Atenção Domiciliar como um de seus componentes;

Considerando a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria Nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012, que estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013 que institui a Política Nacional de Segurança do paciente, que visa promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde;

Considerando a Portaria nº 761/SAS/MS, de 8 de julho de 2013, que estabelece normas para o cadastramento no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

Considerando a Portaria nº 825, do Ministério da Saúde, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas Considerando a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar; Considerando o Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990;

Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do SUS, expressa no documento: "Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS";

Considerando o Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016, que institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS - para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital; Considerando a necessidade de redefinir normas e diretrizes visando maior homogeneidade na organização e estruturação da Atenção Domiciliar da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal;

Considerando a tendência mundial de desospitalização, como forma de cuidado humanizado na recuperação do usuário;

Considerando a implementação e a continuidade da assistência aos usuários que necessitam de atenção domiciliar a curto, médio e longo prazos, com o intuito de identificar, planejar e executar ações que minimizem os obstáculos à adequada prestação dos serviços no Distrito Federal;

Considerando a busca por efetivar os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural. RESOLVE:

Art. 1º Aprovar as normas e diretrizes referentes à organização da Atenção Domiciliar no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

## **Capítulo I**

### **Conceitos Gerais**

I - Atenção Domiciliar (AD): modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

II - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e Equipe de Atenção Multiprofissional de Alta Complexidade (EMAC);

III - Cuidador: familiar (es) ou pessoa (s) indicada (s) pela família que deverá (ão) estar presente (s) no atendimento domiciliar, apta (s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana, conforme objetivos estabelecidos pelas equipes de saúde;

IV - Atenção Primária à Saúde (APS): conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que desenvolvem atenção integral com impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, sendo estratégica para a coordenação da rede de atenção do sistema de saúde, e devendo ser organizada em territórios definidos e oferecer acesso facilitado, cuidado continuado, abrangente e resolutivo para a maioria das condições de saúde da população.

V - Territorialização em saúde: metodologia utilizada para definir territórios de atuação dos serviços com objetivo de adequar o modelo assistencial ao perfil populacional. Baseia-se no reconhecimento do território segundo a lógica das relações entre ambiente, condições de vida, situação de saúde e acesso às ações e serviços de saúde.

VI - Admissão na atenção domiciliar: processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da atenção domiciliar.

VII - Alta da atenção domiciliar: ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, melhora clínica, cura, a pedido do usuário e/ou responsável e óbito.

VIII - Interrupção da Atenção Domiciliar: ato que determina a cessação da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: não adesão ao Plano de Atenção Domiciliar; ausência de cuidador contínuo identificado; mudança de endereço para fora da área de abrangência do Distrito Federal; omissão ou informação inverídica que venha prejudicar a assistência ao usuário e opção do mesmo ou família por prescrições ou orientações de profissionais externos, contrárias às da equipe.

IX - Plano de Atenção Domiciliar: documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada usuário em seu domicílio desde sua admissão até a alta. Será continuamente reavaliado e modificado de acordo com as necessidades do usuário, seja aumentando ou diminuindo a complexidade da assistência.

X - Projeto Terapêutico Singular: estratégia de cuidados que articula um conjunto de ações resultantes da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar, que deve incluir ações que visem o aumento da autonomia do usuário e da família/rede social sobre seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações e técnicas de cuidado.

XI - Cuidados contínuos de enfermagem: consideram-se como os cuidados realizados por técnico de enfermagem referidos ao usuário, durante o tempo de uso de respirador microprocessado conforme sua necessidade, seja 12 ou 24 horas.

XII - Cartão de acompanhamento: instrumento impresso que identifica o usuário ativo assistido pelas equipes de atenção domiciliar, no qual constam os dados de identificação, resumo clínico e prescrição. Deverá ser atualizado pela equipe regularmente.

## **Capítulo II**

### **Indicação e Modalidades da Atenção Domiciliar**

Art. 2º A AD é indicada para usuários que, 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 no 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. Art. X A AD será organizada em quatro modalidades:

I - Atenção Domiciliar 1 (AD 1);

II - Atenção Domiciliar 2 (AD 2);

III - Atenção Domiciliar 3 (AD 3);

IV - Atenção Domiciliar 4 (AD4)

§ 1º A determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidados peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos, conforme o Instrumento de Classificação de Complexidade Assistencial da Atenção Domiciliar/SES-DF (Anexo I).

§ 2º A divisão em modalidades é importante para a compreensão do perfil de atendimento prevalente, e, conseqüentemente, para adequado planejamento e gestão dos recursos humanos, materiais necessários, e fluxos intra e intersetoriais.

Art. 3º Nas quatro modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

I - Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;

II - Identificar, orientar e capacitar o (s) cuidador (es) do usuário em atendimento, envolvendo-o (s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o (s) como sujeito (s) do processo;

III - Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;

IV - Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;

V - Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

VI - Pactuar fluxos para atestado de óbito de causa natural no domicílio, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Primária do respectivo território;

VII - Articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD; e VII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

## **Capítulo III**

### **Critérios de Elegibilidade para Atenção Domiciliar**

Art. 4º Critérios clínicos:

I -Geral: estar com a condição clínica comprometida, com diagnóstico firmado ou hipótese diagnóstica e tratamento programado pelo médico assistente.

II -Para as modalidades AD1, AD2 e AD3: apresentar grau de perda funcional e dependência para a realização das Atividades da Vida Diária, níveis 4 ou 5, conforme a Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional prevista no Anexo II.

III - Para a modalidade AD4: apresentar necessidade de ventilação mecânica invasiva em equipamento microprocessado com necessidade de cuidados contínuos de enfermagem.

#### Art. 5º Critérios administrativos:

I - Ser usuário do SUS e residir e morar na área de abrangência da equipe no Distrito Federal, de acordo com o território sanitário estabelecido na legislação vigente.

II - Ter consentimento formal do usuário ou de familiares/cuidador por meio da assinatura do Termo de Consentimento Informado padronizado.

III - Ter encaminhamento de médico assistente, com relatório minucioso; quando o usuário for procedente de Hospital deverá seguir o fluxo de desospitalização vigente na SES-DF;

IV - Ter contexto familiar, domiciliar, comunitário e ambiental que garanta a instalação do serviço em condições adequadas de higiene, espaço físico e saneamento.

#### Art. 6º Critérios assistenciais:

I - Possuir um responsável que exerça a função de cuidador.

II - Apresentar condições seguras para que os profissionais tenham acesso ao domicílio do usuário.

Art. 7º Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD, requeira cuidados com menor frequência e com menor necessidade de intervenções multiprofissionais, uma vez que se pressupõe estabilidade e cuidados satisfatórios pelos cuidadores.

§ 1º A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade das equipes de atenção primária, por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso.

§ 2º As equipes de atenção primária que executarem as ações na modalidade AD 1 devem ser apoiadas pelos ambulatórios de especialidades e centros de reabilitação.

Art. 8º Considera-se elegível, na modalidade AD 2, o usuário que, tendo indicação de AD, e com o fim de abreviar ou evitar hospitalização, apresente:

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.

Art. 9º Considera-se elegível, na modalidade AD 3, usuário com qualquer das situações listadas na modalidade AD 2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento (s) ou agregação de procedimento (s) de maior complexidade, inclusive ventilação mecânica, usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar.

Art. 10 O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 2 e AD 3 é de responsabilidade da EMAD e EMAP.

Parágrafo único. Fica facultado à EMAD prestar assistência apenas na modalidade AD 2, caso não possua condições técnicas e operacionais para a execução de determinados procedimentos da modalidade AD 3. Art X. Considera-se elegível, na modalidade AD 4, os usuários que:

I - Forem traqueostomizados e dependentes de ventilação mecânica invasiva em equipamento microprocessado, com necessidade de cuidados contínuos de enfermagem;

II - apresentarem adequada adaptação ao ventilador pulmonar microprocessado portátil sem necessidade de intervenções nos parâmetros ventilatórios;

III - possuírem traqueostomia, gastrostomia ou jejunostomia instaladas e funcionantes de forma a garantir a desospitalização segura.

Art. 11 O atendimento aos usuários elegíveis nas modalidades AD 4 poderá ser realizado por empresa prestadora de serviço especializado, contratada para esse fim nos termos da lei, com monitorização da EMAC.

## **Capítulo IV**

Organização da Atenção Domiciliar

### **Seção I**

Da Territorialização em Saúde

Art. 12 A AD será organizada a partir da territorialização.

Art. 13 Com base no princípio da territorialização, deve-se identificar os pacientes elegíveis para a AD e classificar a complexidade assistencial dos mesmos em AD1, AD2, AD3 e AD4.

§ 1º. Entende-se que o território é dinâmico e está em permanente transformação, fazendo-se necessária a atualização periódica das informações e diagnóstico de saúde da população assistida.

§ 2º. O mapa da área de abrangência deverá estar atualizado, ser do conhecimento de todos os profissionais e estar disponível aos usuários.

§ 3º. O SAD deverá elaborar projeto terapêutico e acionar equipes de serviços especializados quando necessário, para complementar o cuidado prestado e estabelecer parcerias com a rede de apoio, a fim de que as equipes propiciem a complementariedade da assistência e não sobreposição de ações.

§ 4º. Cada EMAD ficará responsável pelo atendimento de 60 pacientes em média para uma área de abrangência de 100.000 habitantes; cada EMAP ficará responsável por dar suporte a EMAD, tendo uma área de abrangência de 300.000 habitantes.

### **Seção II**

Do Planejamento, Monitoramento e Avaliação de Saúde

Art. 14 As ações em saúde planejadas e propostas pelo SAD-DF deverão considerar o elenco listado na Carteira de Serviços da APS da SES-DF, com objetivos, metas e indicadores definidos nas normas e legislação vigentes da SES-DF, como o Plano Distrital de Saúde (PDS), o Plano Plurianual de Saúde (PPA) e a Programação Anual de Saúde (PAS) e parâmetros normatizados pelo Ministério da Saúde para a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS.

Art. 15 As equipes do SAD deverão alimentar e atualizar sistematicamente o Sistema de Informação da Atenção Domiciliar vigente e outros indicados pela SES-DF.

Art. 16 O monitoramento deverá ser realizado pelo acompanhamento da execução das ações implementadas, por meio de análise de indicadores e das condições de saúde do usuário assistido.

Art. 17 A avaliação de saúde se dará através do acompanhamento do quadro clínico do usuário e intercorrências de natureza social e jurídica que porventura se apresentem no decorrer das particularidades do tratamento de cada doença, e da satisfação do usuário em relação a qualidade do serviço prestado.

Art. 18 Os dados deverão ser analisados e publicizados pelas equipes regularmente, subsidiando o planejamento e a tomada de decisão para novas ações em saúde.

### **Seção III**

Do Acesso.

Art. 19 O encaminhamento para o SAD poderá ser realizado pelas Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios de especialidades ou hospitais, incluindo o fluxo de desospitalização e/ou de demanda espontânea, desde que obedecidos os critérios de elegibilidade.

Art. 20 Caberá a cada Gerente de Serviços de Atenção Domiciliar realizar análise de demanda do território e oferta dos serviços do SAD para mensurar sua capacidade resolutive, adotando as medidas necessárias para ampliar acesso, qualidade e resolutividade das equipes e serviços da sua unidade.

#### **Seção IV**

Do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Art. 21 O SAD-DF terá sua estrutura organizacional representada na Administração Central pela Gerência de Atenção Domiciliar (GEAD), instância que coordenará o serviço na SESDF, incluindo a equipe multiprofissional de alta complexidade. Nas Regiões de Saúde, o SAD estará representado pelas Gerências de Serviços de Atenção Domiciliar (GSAD), que coordenarão as equipes multiprofissionais de atenção domiciliar e de apoio.

Art. 22 As equipes que compõem o SAD são:

I - Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD)

II - Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP)

III - Equipe Multiprofissional de alta complexidade (EMAC)

§ 1º A EMAD e a EMAP devem ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normativas de cadastramento vigentes.

§ 2º A EMAD é pré-requisito para constituição de um EMAP.

Art. 23 A EMAD terá a seguinte composição mínima:

I- Profissional (is) médico (s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

II- Profissional (is) enfermeiro (s) com somatório de CHS de 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe;

III- Profissional (is) fisioterapeuta (s) de CHS de 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe (preferencialmente) ou profissional (is) assistentes social (is) de CHS de 40 hs por equipe;

IV- Profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem, com somatório de CHS de 120 (cento e vinte) horas de trabalho por equipe;

Art. 24 A EMAP terá composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre as ocupações listadas a seguir, de acordo com as demandas da população e características epidemiológicas locais, cuja soma das CHS de seus componentes seja de, no mínimo, 100 (cem) horas de trabalho:

I - nutricionista;

II - assistente social;

III - psicólogo;

IV - terapeuta ocupacional;

V - fonoaudiólogo;

VI - odontólogo;

VII - farmacêutico.

§ 1º. Toda EMAP deverá ter no mínimo 40 horas de nutricionista.

§ 2º A Região de Saúde deverá garantir o apoio das especialidades não contempladas na EMAP local, cuja necessidade seja evidenciada.

Art. 25 A EMAC terá a seguinte composição mínima:

I- Profissional (is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de 20 (vinte) horas de trabalho por equipe, preferencialmente especialista em terapia intensiva adulto

II- Profissional (is) médico(s) com somatório de carga horária semanal (CHS) de 20 (vinte) horas de trabalho por equipe, preferencialmente especialista em terapia intensiva pediátrica;

III- Profissional (is) enfermeiro(s) com somatório de CHS de 40 (quarenta) horas de trabalho por equipe; e

IV- Técnico (s) administrativo (s) de, no mínimo, 40 (quarenta) horas semanais.

## **Seção V**

### **Do Funcionamento do SAD**

Art. 26 A EMAD realizará atendimento, no mínimo, 1 (uma) vez por semana a cada usuário classificado como AD2/AD3 e 1 (uma) vez ao mês a cada usuário classificado como AD1.

§ 1º A EMAP será acionada somente a partir da indicação clínica da EMAD, para dar suporte e complementar suas ações.

§ 2º Durante o período em que o usuário estiver sob os cuidados do SAD, a equipe de atenção primária de sua referência deverá compartilhar o cuidado, participando na elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) daquele usuário.

§ 3º O SAD deverá articular-se com os outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), principalmente hospitais, serviços de urgência e Atenção Primária, buscando evitar demanda direta dos usuários.

Art. 27 A EMAD e a EMAP atuarão no horário das 7:00 às 19:00 horas, em dias úteis e quando comprovada a demanda de atuação nos finais de semana e feriados, deverá ser apresentada escala mínima necessária ao seu superior hierárquico imediato da Região de Saúde, de forma a assegurar a continuidade do serviço, podendo utilizar nestas ocasiões o regime de escala, conforme normatização vigente.

Art. 28 A EMAC atuará nos dias úteis em horário previsto da Administração Central da SES-DF.

Art. 29 As equipes contarão com infraestrutura especificamente destinada para o seu funcionamento que contemple:

I - equipamentos;

II - material permanente e de consumo;

III - aparelho telefônico; e

IV - veículo(s) e motorista para locomoção das equipes.

§ 1º. Os equipamentos e os materiais citados no "caput", bem como os prontuários dos usuários atendidos pelo SAD serão instalados na estrutura física de unidade de saúde.

§ 2º. Não é obrigatório que o SAD possua sede própria, podendo estar sediado em estabelecimento de saúde, conforme regras definidas em normativa específica.

§ 3º. O veículo deverá ser de uso exclusivo para o deslocamento de equipes de atenção domiciliar. O uso por outros setores deverá ocorrer excepcionalmente, por meio de solicitação com antecedência e com o de acordo da equipe responsável, de forma a não trazer prejuízo às visitas domiciliares agendadas aos usuários do SAD.

Art. 30 Na modalidade AD4 o atendimento ao usuário deverá ser feito conforme as especificações a seguir:

I - Atendimento Médico com avaliação clínica periódica 1 (uma) vez por semana e em situações de emergência/urgência, de acordo com a necessidade e complexidade do usuário;

II - Atendimento de Enfermagem com avaliação, assistência e supervisão periódica, 1 (uma) vez por semana, incluindo todos os procedimentos inerentes à assistência requerida;

III - Assistência de Técnico de Enfermagem, durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

IV - Atendimento de fisioterapeuta com realização de sessões de fisioterapia respiratória e motora 1 (uma) vez por dia, durante 7 (sete) dias por semana;

V - Atendimento de nutricionista uma vez a cada 15 dias, para acompanhamento do estado nutricional do usuário e incluindo prescrição de dietas especiais;

VI - Atendimento de fonoaudiologia, psicologia, odontologia e terapia ocupacional conforme a necessidade do usuário, determinado pelo médico assistente e revisado periodicamente pela EMAC.

## **Seção VI**

### **Dos Medicamentos e Materiais**

Art. 31 Os medicamentos e produtos para saúde de uso do SAD serão garantidos pelas Unidades de Referência da Região de Saúde.

Parágrafo Único - O SAD deverá solicitar medicamentos e produtos para saúde conforme estabelecido pelas áreas técnicas da gestão central, mediante as necessidades do serviço e de forma a garantir as ações e procedimentos da unidade.

Art. 32 Os medicamentos fornecidos ao usuário deverão constar da relação de medicamentos padronizados e serão dispensados pelas Unidades Básicas de Saúde, Farmácia do Componente Especializado e Farmácias de Média Complexidade, em conformidade com os protocolos estabelecidos pela SES-DF.

## **Seção VII**

### **Da Coleta de Exames**

Art. 33 O SAD deverá oferecer coleta de exames laboratoriais.

§ 1º O agendamento para coleta e a entrega de resultados de exames deverão estar disponíveis aos usuários durante o horário integral de funcionamento do SAD.

§ 2º O acondicionamento e transporte das amostras coletadas pelo SAD deverão seguir as orientações do Laboratório Central de Saúde Pública e/ou do Laboratório de Análises Clínicas da Região de Saúde.

§ 3º A solicitação dos exames deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário físico ou eletrônico e deverá ser orientada pelas diretrizes clínicas e protocolos assistenciais recomendados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e, na sua ausência, os recomendados pelo Ministério da Saúde.

§ 4º A coleta deverá ser registrada no sistema eletrônico vigente.

§ 5º Os resultados serão disponibilizados no sistema eletrônico pelo laboratório e poderão ser impressos conforme a necessidade do usuário ou do SAD.

§ 6º A interpretação dos resultados deverá ser registrada pelo profissional assistente no prontuário do usuário.

## **Seção VIII**

### **Da Regulação para Especialidades e exames de imagem**

Art. 34 Cada equipe de atenção domiciliar deverá ter servidores capacitados e cadastrados no Sistema de Regulação de sua Região de Saúde para inserção de consultas e exames.

Art. 35 O monitoramento e avaliação dos encaminhamentos às especialidades e solicitação de exames deverão ser feitos pela Gerência de Serviços de Atenção Domiciliar.

§ 1º Os formulários para consultas de especialidades e exames não regulados deverão ser preenchidos e encaminhados pela equipe de atenção domiciliar à Central de Regulação/marcação de consultas e exames de imagens de cada Região de Saúde.

§ 2º Deverá haver priorização de atendimento para os usuários da atenção domiciliar sempre que houver justificativa para tal.

## **Seção IX**

### **Do atendimento de urgência/emergência**



Art. 36 O transporte de usuário do domicílio para a unidade de internação, nas situações de emergência /urgência será feito pelo SAMU.

§ 1º. A remoção para serviço de urgência/emergência, quando necessária, deverá ser feita para o Pronto Socorro do Hospital da Regional de Saúde da SES-DF ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) referenciado (a) para o endereço residencial ou em outra unidade de saúde da SES-DF, respeitando as necessidades e a complexidade da assistência requerida.

§ 2º. O usuário ativo do serviço será identificado pelo Cartão de Acompanhamento do SADDF, o qual, em caso de intercorrência, será apresentado à Rede de Urgência e Emergência referenciada da SES-DF, onde terá atendimento tal qual o paciente internado no hospital.

Art. 37 A internação em UTI, quando indicada, deverá ser providenciada pela Central de Regulação de Internação Hospitalar - CRIH, da SES-DF, mediante a solicitação do médico plantonista da unidade de Emergência da SES-DF para a qual o usuário foi encaminhado.

## **Seção X**

### **Do Transporte**

Art. 38 O deslocamento da equipe do SAD é realizado em veículo próprio designado para tal.

§ 1º Em caso de ausência de motorista e/ou veículo designado para o SAD, o Núcleo de Transportes da Região deverá disponibilizar profissional habilitado e/ou veículo para substituí-lo.

Art. 39 A Diretoria da Superintendência Regional de Saúde à qual o SAD está subordinado deverá informar ao setor competente a necessidade de aquisição e disponibilização de veículos para execução das ações do mesmo.

Parágrafo Único. A unidade orgânica de gestão de maior hierarquia da Região de Saúde deverá garantir o uso do veículo na execução das ações do SAD conforme rubrica orçamentária utilizada para aquisição do mesmo.

## **Seção XI.**

### **Do Transporte Sanitário**

Art. 40 O transporte e remoção do usuário, dentro das especificidades locais e em situações eletivas indicadas pelo SAD-DF serão realizados por meio de solicitação aos setores competentes para esse fim.

## **Seção XII**

### **Da Vigilância e Segurança em Saúde**

Art. 41 A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população assistida, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

§ 1º A Atenção Domiciliar e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando a promoção da saúde e prevenção de doenças no Distrito Federal.

§ 2º Os profissionais de saúde deverão realizar a notificação compulsória e investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

§ 3º A segurança do usuário deverá prever, dentro da especificidade da AD: sua identificação; prevenção de úlcera de pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; prática de higiene de mãos e prevenção de quedas.

## **Capítulo IV**

### **Da Educação em Saúde**

Art. 42 O cronograma anual de educação permanente voltada para os profissionais e equipes deverá ser elaborado pela GEAD e GSAD, em parceria com a Diretoria da Superintendência Regional de Saúde à qual o SAD

está subordinado e o Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde, considerando as necessidades identificadas e os principais temas de atuação no território.

§ 1º Os cronogramas devem ser encaminhados para a Subsecretaria de Gestão de Pessoas e para a Subsecretaria de Assistência Integral à Saúde da SES-DF.

§ 2º Os eventos de educação permanente planejados e ofertados pela Administração Central da SES-DF deverão ser incluídos no cronograma regional.

§ 3º A frequência dos profissionais nos eventos deve ser registrada e controlada pelos gestores de serviços do território, sendo encaminhados à Diretoria da Superintendência Regional de Saúde à qual o SAD está subordinado e ao Núcleo de Educação Permanente da Região de Saúde.

§ 4º A participação dos profissionais nos eventos de educação permanente está condicionada à liberação pela chefia imediata.

§ 5º O cronograma de atividades de educação permanente deverá ser disponibilizado aos gestores de serviços do território e profissionais.

§ 6º Os gestores de serviços do território deverão identificar necessidades de capacitação e atualização profissional dos servidores, indicando sua participação na atividade educativa relacionada ao tema.

Art. 43 Todas os SAD serão consideradas potenciais espaços de ensino em serviço, de acordo com a legislação vigente. Capítulo V Disposições Finais

Art. 44 Caberá aos gestores ocupantes de cargos e funções em todos os níveis hierárquicos da SES-DF dar amplo conhecimento aos profissionais sobre o conteúdo desta Portaria.

Art. 45 Revogam-se as disposições em contrário, especialmente a [Portaria nº 65/SES-DF, de 02 de maio de 2016](#), publicada no DODF nº 86, Seção 1, de 06.05.2016 p. 05.

Art. 46 Esta Portaria deverá ser revista no prazo de 2 (dois) anos ou conforme necessidade e entrará em vigor na data de sua publicação

**DANIEL SEABRA RESENDE CASTRO CORREA**

**Este texto não substitui o publicado no DODF nº 14 de 19/01/2018**