



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DOMICILIAR (APSD)

Anexos Operacionais

Formulários e Escalas de Avaliação

Pacotes APSD I · II · III · Reabilitação

Documento de apoio ao Projeto Técnico-Operacional APSD.

Base normativa: RDC ANVISA nº 917/2024; Manual de Atenção Domiciliar do Planserv (11ª ed., 2026).

SUMÁRIO

APÊNDICE — FORMULÁRIOS

F1. Ficha de Captação e Avaliação Domiciliar.....	3
F2. Formulário de Solicitação Inicial / Autorização.....	5
F3. Folha de Estratificação - Matriz de Risco Clínico-Funcional.....	6
F4. Plano Terapêutico Individualizado Domiciliar (PTID).....	7
F5. Formulário de Reavaliação Periódica do PTID / Prorrogação.....	8
F6. Relatório de Acionamento da APH.....	9
F7. Formulário AD Complementar (Oxigenoterapia / BiPAP).....	10
F8. Relatório de Alta / Encerramento.....	11
F9. Termo de Ciência Familiar.....	12
F10. Termo de Responsabilidade do Cuidador.....	13
F11. Relatório Pós-Procedimento (Sondagens / GTT / TQT)	14

ANEXOS — ESCALAS DE AVALIAÇÃO

ANEXO I - IVCf-20 — Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional.....	13
ANEXO II - Índice de Barthel — Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	16
ANEXO III - Escala de Lawton-Brody — Atividades Instrumentais (AIVD)	17
ANEXO IV - Medida de Independência Funcional (MIF) – APSD Reabilitação.....	18
ANEXO V - Palliative Performance Scale (PPS)	19
ANEXO VI - Entrevista de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.....	20

F1. FICHA DE CAPTAÇÃO E AVALIAÇÃO DOMICILIAR



IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome:		Matrícula Planserv:	
Data de Nascimento: _____/_____/_____	Idade:	Sexo: ☐ M ☐ F	
Contato:			
Cuidador Principal:			

DIAGNÓSTICO

CID Principal:	CID Secundário:
Comorbidades:	Medicações em uso contínuo:

AVALIAÇÃO FUNCIONAL E DE RISCO (ANEXAR ESCALAS)

Instrumento aplicado	Resultado/Escore	Data
IVCF-20 (idoso)		_____/_____/_____
Barthel (ABVD)		_____/_____/_____
Lawton (AIVD)		_____/_____/_____
PPS / ECOG (paliativo/oncológico)		_____/_____/_____
Zarit (sobrecarga do cuidador)		_____/_____/_____
MIF (apenas para APSD Reabilitação)		_____/_____/_____

Domínios clínico-funcionais (para a Matriz de Risco)

☐ Dependência funcional	☐ Independente ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Importante/total
☐ Risco respiratório	☐ Ausente/baixo ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Alto
☐ Risco de broncoaspiração	☐ Ausente ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Importante
☐ Oxigenoterapia/suporte ventilatório	☐ Não indicada ☐ Eventual ☐ Noturna/parcial ☐ Contínua
☐ Cuidador/suporte familiar	☐ Ativo e treinável ☐ Presente e treinável ☐ Suporte parcial ☐ Frágil/ausente
☐ Trajetória clínica esperada	☐ Melhora ☐ Estável ☐ Progressiva ☐ Progressiva avançada/paliativa

Avaliação do domicílio e da rede de suporte	
☐ Condições de higiene/segurança adequadas	☐ Sim ☐ Parcial ☐ Não
☐ Energia elétrica estável (equipamentos):	☐ Sim ☐ Não
☐ Acesso para equipe	☐ Sim ☐ Não
Observações do domicílio / risco social:	
CONCLUSÃO DA CAPTAÇÃO	
Classificação sugerida:	
☐ APSD I ☐ APSD II ☐ APSD III ☐ APSD Reabilitação	
☐ Não elegível ☐ Elegível p/ IE ☐ Elegível p/ ID	
Escore da Matriz de Risco (F3)	Profissional avaliador / registro:
Local e Data:	Médico Assistente/CRM:

F2. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO INICIAL / AUTORIZAÇÃO**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome:		Matrícula Planserv:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:	Sexo: ☐ M ☐ F	

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico principal (CID-10) e histórico clínico resumido:			
Pacote solicitado: ☐ APSD I ☐ APSD II ☐ APSD III ☐ APSD Reabilitação			
Justificativa técnica do pacote solicitado:		Meta terapêutica explícita:	
Trajetória clínica: ☐ Melhora ☐ Estável ☐ Progressiva ☐ Progressiva avançada/paliativa			
Critérios objetivos de alta por evento clínico			
Escore funcional basal		Resultado	

PROPOSTA DO PRESTADOR

Equipe base:	Frequências mínimas
Custo mensal estimado (R\$)	

Itens complementares solicitados (faturados à parte — ver F7)	
☐ Oxigenoterapia (60.03.010-0 — R\$ 300/mês) ☐ BiPAP (60.03.012-0 — R\$ 1.000/mês) ☐ Procedimentos por sessão (Cap. 22A)	

IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Local e Data:		Assinatura Médico Assistente/CRM:	
Parecer técnico CGPS/Planserv	Prazo/periodicidade de reavaliação		Auditor responsável
☐ Autorizado ☐ Indeferido ☐ Autorizado com ajustes ☐ Pendência documental			

F3. FOLHA DE ESTRATIFICAÇÃO - MATRIZ DE RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL



IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome:		Matrícula Planserv:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:	Sexo: ☐ M ☐ F	

MATRIZ DE RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL (TRANSITÓRIA · 1º ANO)

Nota. No 1º ano de implantação não há histórico de 12 meses no Planserv para aferir internações hospitalares e acionamentos de APH. Aplica-se, portanto, a matriz transitória de SEIS domínios (escore 0–18). Após 12 meses de acompanhamento, reincorporam-se os domínios de internações (12 m) e de APH (12 m), retomando-se a matriz definitiva de oito domínios (0–24).

Domínio avaliado	0	1	2	3
Dependência funcional (Katz/Barthel)	☐ Independente	☐ Dep. leve	☐ Dep. moderada	☐ Dep. Total
Risco respiratório	☐ Ausente/baixo	☐ Leve	☐ Moderado	☐ Alto
Risco de broncoaspiração	☐ Ausente	☐ Leve	☐ Moderado	☐ Importante
Oxigenoterapia / suporte ventilatório	☐ Não indicada	☐ Eventual	☐ Noturna/parcial	☐ Contínua
Cuidador / suporte familiar	☐ Ativo e treinável	☐ Presente e treinável	☐ Suporte parcial	☐ Frágil/ausente
Trajetória clínica esperada	☐ Melhorar	☐ Estável	☐ Progressiva	☐ Progressiva avançada/ paliativa

≤ 6 · BAIXO · APSD I

7–12 · INTERMEDIÁRIO · APSD II

≥ 13 · ALTO · APSD III

CONCLUSÃO DA ESTRATIFICAÇÃO

Escore total (0 – 18)		Classificação	
Local e Data:		Assinatura Avaliador/Registro:	

F4. PLANO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO DOMICILIAR (PTID)**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome:		Matrícula Planserv:	
Data de Nascimento: ____/____/____	Idade:	Sexo: ☐ M ☐ F	

DIAGNÓSTICO

Problemas/necessidades prioritárias	Metas terapêuticas (mensuráveis) e prazo
-------------------------------------	--

PLANO DE CUIDADOS POR CATEGORIA PROFISSIONAL (FREQUÊNCIAS)

Profissional/serviço	Frequência prevista	Meta associada
Médico		
Enfermagem		
Fisioterapia		
Fonoaudiologia		
Nutrição		
Serviço social		
Psicologia		
Teleconsulta /orientação telefônica		

Escalas de acompanhamento e periodicidade (Barthel/MIF/PPS/IPOS)**Reavaliação do PTID** ☐ Trimestral (I) ☐ Bimestral (II) ☐ Mensal (III/Paliativo)

Local e Data:	Responsável Técnico/Registro:
---------------	-------------------------------

F5. FORMULÁRIO DE REAVALIAÇÃO PERIÓDICA DO PTID / PRORROGAÇÃO**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome:		Matrícula Planserv:
Data de reavaliação: ____/____/____		Período avaliado
Pacote atual ☐ APSD I ☐ APSD II ☐ APSD III ☐ APSD Reabilitação	Escore funcional basal	Escore atual / instrumento

EVOLUÇÃO

☐ Melhora ☐ Estável ☐ Progressiva ☐ Progressiva avançada/paliativa	
Justificativa técnica de manutenção:	
Zarit atualizado (APSD II/III)	Resultado

REGISTROS DO PERÍODO

Teleconsultas:
Acionamentos de APH:
Intercorrências:

CONDUTA DA REAVALIAÇÃO

☐ Manutenção ☐ Redução de pacote (desescalonamento) ☐ Escalonamento justificado ☐ Alta por critério clínico	
Parecer CGPS/Planserv ☐ Autorizado ☐ Indeferido ☐ Autorizado com ajustes ☐ Pendência documental	Responsável técnico

F6. RELATÓRIO DE ACIONAMENTO DA APH**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome:		Matrícula Planserv:	
Data e Hora do acionamento: ____/____/____ ____:____		Quem acionou	
Pacote ☐ APSD I ☐ APSD II ☐ APSD III ☐ APSD Reabilitação			

JUSTIFICATIVA

Quadro clínico / motivo	
Gatilho: ☐ Instabilidade hemodinâmica ☐ Rebaixamento de consciência ☐ Insuficiência respiratória grave ☐ Dor torácica ☐ Outro: _____	

Conduta adotada e resposta	
----------------------------	--

Desfecho: ☐ Estabilização no domicílio ☐ Remoção/internação hospitalar ☐ Óbito ☐ Outro

IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Local e Data:	Profissional Responsável/Registro:
---------------	------------------------------------

F7. FORMULÁRIO AD COMPLEMENTAR (OXIGENOTERAPIA / BiPAP)**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome:	Matrícula Planserv:
Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: ☐ M ☐ F

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

Médico solicitante	CRM
--------------------	-----

COMPLEMENTOS

ITEM	CÓDIGO	VALOR	MARCAR
Oxigenoterapia — concentrador (inclui cilindro de backup e insumos)	60.03.010-0	R\$ 300,00/mês	☐
BiPAP domiciliar (VNI)	60.03.012-0	R\$ 1.000,00/mês	☐

Critérios (obrigatórios para BiPAP)

Gasometria arterial (data)		PaCO ₂ (mmHg)	
Indicação: ☐ DPOC GOLD III–IV com PaCO ₂ >52 ☐ SHO com SpO ₂ <88% noturna ☐ Doença neuromuscular (CVF<50%) ☐ IRpC hipercápnica			
SpO ₂ em ar ambiente		Fluxo/tempo de O ₂ prescrito	
Custo estimado (R\$)		Reavaliação em (≤90 dias)	____/____/____
Local e Data:		Assinatura Médico Assistente/CRM:	

F8. RELATÓRIO DE ALTA / ENCERRAMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Nome:	Matrícula Planserv:
-------	---------------------

Pacote ☐ APSD I ☐ APSD II ☐ APSD III ☐ APSD Reabilitação

MOTIVO DA ALTA

- ☐ Melhora clínica (seguimento ambulatorial) ☐ Óbito ☐ Descumprimento de critério
☐ A pedido da família ☐ Fim de prazo (Reabilitação)

JUSTIFICATIVA

Síntese evolutiva

Indicadores alcançados vs. meta inicial	Encaminhamento sugerido
---	-------------------------

IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Local e Data:	Responsável Técnico/Registro:
---------------	-------------------------------

F9. TERMO DE CIÊNCIA FAMILIAR



Eu, _____, registrado no CPF Nº _____,
sou responsável por _____, matrícula Nº _____,
declaro que fui informado(a) sobre a natureza da Atenção Primária à Saúde Domiciliar (APSD), suas coberturas e
exclusões, o pacote autorizado, o Plano Terapêutico Individualizado Domiciliar (PTID) e os critérios de alta por
evolução clínica. Estou ciente de que a APSD não substitui o cuidador familiar, não cria direito automático a 'home
care', não equivale a internação domiciliar e não autoriza plantão de técnico de enfermagem, e de que
intercorrências agudas serão manejadas pela retaguarda de APH regulada.

_____, _____ de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura do responsável

Telefone de Contato: (____) _____ - _____

F10. TERMO DE RESPONSABILIDADE DO CUIDADOR



Eu, _____, registrado no CPF Nº _____,
sou cuidador responsável pelo beneficiário _____,
matrícula Nº _____, responsável pelos cuidados cotidianos do beneficiário no domicílio,
comprometendo-me a seguir as orientações da equipe, a comunicar intercorrências, a manter condições mínimas
de higiene e segurança e a participar das capacitações oferecidas pela equipe da APSD.

_____, _____ de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura do responsável

CHECKLIST DE CAPACITAÇÃO REALIZADA (TEMAS)

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

F11. RELATÓRIO PÓS-PROCEDIMENTO (SONDAGENS / GTT / TQT)**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Nome:

Matrícula Planserv:

Pacote

☐ APSD I ☐ APSD II ☐ APSD III ☐ APSD Reabilitação**IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**

Profissional executante

Registro/CRM/COREN

PROCEDIMENTO**CÓDIGO****DESCRIÇÃO****QUANTIDADE****Tipo/nº do dispositivo, calibre e condições do estoma (quando aplicável)****INTERCORRÊNCIAS****DATA DE REALIZAÇÃO**

____/____/____

**DATA DA PRÓXIMA
TROCA**

____/____/____

Triagem multidimensional da fragilidade da pessoa idosa (Moraes et al., 2016): 20 questões em 8 seções; total de 0 a 40 — quanto maior o escore, maior a vulnerabilidade clínico-funcional.

IVCF-20 — Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional		
Seção (nº de questões)	Domínio	Pontos (máx.)
Idade (1)	60–74 / 75–84 / ≥85 anos	3
Autopercepção da saúde (1)	Saúde regular ou ruim	1
Incapacidades funcionais (4)	AVD instrumentais e básica	10
Cognição (3)	Esquecimento / piora / repercussão	4
Humor (2)	Desânimo, tristeza, perda de interesse	4
Mobilidade (6)	Alcance-preensão, capac. aeróbica/muscular, marcha, continência	12
Comunicação (2)	Visão e audição	2
Comorbidades múltiplas (1)	≥5 doenças / ≥5 medicamentos / internação recente	4
TOTAL		40

INTERPRETAÇÃO

0–6 · BAIXO risco (robusto)	7–14 · MODERADO risco	≥ 15 · ALTO risco (idoso frágil)
------------------------------------	------------------------------	---

Nota. Uso na APSD: apoia a linha de cuidado do Idoso Frágil e o domínio de dependência funcional da Matriz de Risco. Aplicar a versão oficial completa (20 itens) na captação e nas reavaliações.

Escore total		Classificação	
---------------------	--	----------------------	--

Avalia independência em 10 atividades básicas; total de 0 a 100 (quanto maior, mais independente).

Índice de Barthel — Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	
ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
Alimentação	0 (dependente) · 5 (ajuda) · 10 (independente)
Banho	0 · 5
Higiene pessoal (rosto/cabelo/dentes)	0 · 5
Vestir-se	0 · 5 · 10
Controle intestinal	0 · 5 · 10
Controle vesical	0 · 5 · 10
Uso do banheiro (vaso sanitário)	0 · 5 · 10
Transferência (cama–cadeira)	0 · 5 · 10 · 15
Deambulação / mobilidade	0 · 5 (cadeira de rodas) · 10 · 15
Subir/descer escadas	0 · 5 · 10

INTERPRETAÇÃO (FAIXAS USUAIS)

90–100 Independente	60–89 Dep. leve	40–59 Dep. moderada	20–39 Dep. grave	< 20 Dep. total
Escore total		Classificação		

Avalia 8 atividades instrumentais; pontue 1 (independente) ou 0 (dependente) por item. Total de 0 a 8 (quanto maior, mais independente).

Escala de Lawton–Brody — Atividades Instrumentais (AIVD)	
ATIVIDADE INSTRUMENTAL	PONTOS (0/1)
Usar o telefone	
Fazer compras	
Preparar refeições	
Cuidar da casa (tarefas domésticas)	
Lavar a roupa	
Utilizar meios de transporte	
Responsabilizar-se pela própria medicação	
Cuidar das finanças	

INTERPRETAÇÃO

8 • INDEPENDENTE		1–7 • DEPENDÊNCIA PARCIAL		0 • DEPENDÊNCIA TOTAL	
Score total		Classificação			

Avalia 18 itens (13 motores + 5 cognitivos), cada um de 1 a 7. Total de 18 a 126 (quanto maior, mais independente).

MIF — Medida de Independência Funcional	
NÍVEL	DESCRIÇÃO
7	Independência completa (segurança, tempo normal)
6	Independência modificada (ajuda técnica)
5	Supervisão / preparo
4	Ajuda mínima (paciente $\geq 75\%$ do esforço)
3	Ajuda moderada (50–74%)
2	Ajuda máxima (25–49%)
1	Ajuda total (<25%)

Domínios motores: autocuidado, controle esfincteriano, transferências, locomoção. Domínios cognitivos: comunicação e cognição social.

INTERPRETAÇÃO

116–126 · Independência		≈ 60–115 · Dependência modificada		18–59 · Dependência completa	
Escore total				Classificação	

ANEXO V - Palliative Performance Scale (PPS)

Escala prognóstica em cuidados paliativos, de 100% (normal) a 0% (óbito), em decrementos de 10%. Ler da esquerda para a direita, priorizando a coluna mais à esquerda que caracteriza o paciente.

MIF — Medida de Independência Funcional				
%	Deambulação	Atividade / evidência de doença	Autocuidado	Ingesta / consciência
100	Completa	Normal; sem doença	Completo	Normal / lúcido
90	Completa	Normal; alguma doença	Completo	Normal / lúcido
80	Completa	Com esforço; alguma doença	Completo	Normal ou reduzida / lúcido
70	Reduzida	Incapaz p/ trabalho; doença significativa	Completo	Normal ou reduzida / lúcido
60	Reduzida	Incapaz p/ hobbies; doença significativa	Ajuda ocasional	Normal ou reduzida / lúcido ou confuso
50	Sentado/deitado	Incapaz p/ qualquer trabalho	Ajuda considerável	Normal ou reduzida / lúcido ou confuso
40	Acamado	Doença extensa	Assistência quase total	Reduzida / lúcido ou sonolento
30	Totalmente acamado	Doença extensa	Dependência total	Reduzida / lúcido ou sonolento
20	Totalmente acamado	Doença extensa	Dependência total	Mínima / lúcido ou sonolento
10	Totalmente acamado	Doença extensa	Dependência total	Só cuidados de boca / sonolento ou coma
0	—	Óbito	—	—

Nota. *Uso na APSD: reavaliação de pacientes paliativos; junta paliativa quando PPS ≤ 50%.*

PPS (%)		DATA	
---------	--	------	--

Avalia a sobrecarga do cuidador em 22 itens, cada um de 0 a 4 (0 = nunca; 4 = sempre). Total de 0 a 88 — quanto maior, maior a sobrecarga.

Entrevista de Sobrecarga do Cuidador de Zarit	
Resposta de cada item	DESCRIÇÃO
Nunca	0
Raramente	1
Algumas vezes	2
Frequentemente	3
Sempre	4

INTERPRETAÇÃO (FAIXAS USUAIS)

≤ 20 · Nenhuma/pouca	21–40 · Leve a moderada	41–60 · Moderada a severa	61–88 · Severa
----------------------	-------------------------	---------------------------	----------------

Nota. Obrigatório em APSD II e III (captação e reavaliações). Aplicar a versão validada em português (22 itens).

Escore total		Classificação	
--------------	--	---------------	--

OBS: As tabelas apresentadas (ANEXO I, II, III, IV, V e VI) são meramente ilustrativas. Quando utilizadas, deverão ser anexadas em sua versão completa e integral. Não é necessário, utilizar estas mesmas escalas, considerando que algumas delas foram inseridas de forma reduzida e comprimida para fins de apresentação.