



PORTARIA Nº 52, DE 05 DE AGOSTO 2.026

Estabelece o Protocolo de Atuação da Equipe de Desospitalização do Complexo Regulador Municipal, e contém outras disposições.

A Secretária Municipal de Saúde, usando das atribuições constantes no art. 92, §1º, III Lei Orgânica do Município de Uberaba,

CONSIDERANDO o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo o Sistema Único de Saúde (SUS);

CONSIDERANDO o art. 7º da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que preconiza os princípios e diretrizes do SUS, com destaque para a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

CONSIDERANDO o Decreto Federal nº 7.508, de 29 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;

CONSIDERANDO a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) ANVISA nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, estabelecendo requisitos de segurança, gerenciamento de processos e indicadores de qualidade;

CONSIDERANDO a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 (redefinida e consolidada pelas normas vigentes do Ministério da Saúde), que institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS como modalidade substitutiva ou complementar à intervenção hospitalar ou ambulatorial;

CONSIDERANDO a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, que consolidam as normas sobre as ações, serviços e o financiamento do Sistema Único de Saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de promover a governança pública, organizar os fluxos de regulação de acesso e otimizar a ocupação de leitos hospitalares com foco na redução do tempo de internação desnecessário e na diminuição dos riscos de infecção hospitalar no município de Uberaba-MG;

CONSIDERANDO a relevância da integração e continuidade do cuidado entre o Complexo Regulador Municipal, as equipes assistenciais hospitalares, o Programa "Melhor em Casa" (SAD/EMAD/EMAP) e a Atenção Primária à Saúde (APS);

R E S O L V E:

Art. 1º. Fica estabelecido o Protocolo de Atuação da Equipe de Desospitalização do Complexo Regulador Municipal de Uberaba-MG, na forma do Anexo Único desta Portaria.

Art. 2º. O Protocolo de que trata esta Portaria define as diretrizes, os critérios de elegibilidade, os fluxos operacionais e as responsabilidades das equipes envolvidas no processo de transição do cuidado e desospitalização segura no âmbito da Rede de Atenção à Saúde do Município.

Art. 3º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Uberaba (MG), 05 de agosto de 2.026

VALDILENE ROCHA COSTA
ALVES

Assinado de forma digital por VALDILENE
ROCHA COSTA ALVES
Dados: 2026.08.05 07:46:33 -03'00'

Valdilene Rocha Costa Alves
Secretária Municipal de Saúde de Uberaba



ANEXO ÚNICO

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO DA EQUIPE DE DESOSPITALIZAÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL

Município: Uberaba-MG

Data de Elaboração: 10/06/2026

Versão: 1.0

1. INTRODUÇÃO

Este Protocolo de Atuação estabelece as diretrizes e fluxos para a equipe de desospitalização do Complexo Regulador Municipal de Uberaba, afim de otimizar a transição de pacientes do ambiente hospitalar para o domiciliar ou para outros pontos da rede de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado, a segurança do paciente e a eficiência na gestão de leitos. A desospitalização segura e qualificada é um pilar fundamental para a humanização do cuidado e a sustentabilidade do sistema de saúde municipal.

2. OBJETIVOS DO PROTOCOLO

A atuação da equipe de desospitalização, inserida no Complexo Regulador Municipal, visa alcançar os seguintes objetivos estratégicos:

2.1. Estabelecer Governança Pública: Promover a articulação e a padronização de processos entre os diversos atores do sistema de saúde do município de Uberaba;

2.2. Otimizar a Ocupação de Leitos Hospitalares: Reduzir o tempo de internação hospitalar ao período estritamente necessário para o tratamento agudo, liberando leitos e minimizando riscos de infecções hospitalares;

2.3. Melhorar a Qualidade do Atendimento ao Paciente: Garantir que o paciente receba o cuidado adequado e seguro, preferencialmente próximo ao seu domicílio ou no conforto de seu lar, contribuindo para sua recuperação e bem-estar;

2.4. Promover a Continuidade do Cuidado: Assegurar uma transição segura e eficaz do cuidado hospitalar para a Atenção Domiciliar ou Atenção Primária à Saúde (APS). Visto, que a articulação com o serviço de atenção domiciliar, otimiza os processos de trabalho para um direcionamento assertivo do paciente dentro da rede de atenção à saúde.

3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA DESOSPITALIZAÇÃO

A seleção de pacientes para desospitalização será realizada com base em critérios rigorosos, visando a segurança e a adequação do cuidado. Os principais pontos de análise incluem:

3.1. Condição Clínica: Paciente com quadro clínico estável, sem necessidade de suporte vital complexo que não possa ser replicado com segurança no domicílio;

3.2. Apoio Familiar e Social: Existência de cuidador principal e/ou rede de apoio familiar/social capaz de prover o suporte necessário ao paciente no domicílio. A ausência ou fragilidade desta rede será considerada um fator limitante;

3.3. Condições do Domicílio: Ambiente domiciliar que apresente condições mínimas de higiene, acessibilidade e espaço para a acomodação de equipamentos e insumos, quando necessário;

3.4. Recursos Disponíveis: Garantia de acesso a medicamentos, insumos, equipamentos e, se necessário, equipe de saúde domiciliar ou ESF, com especial atenção para medicamentos não padronizados na APS (ex: antibióticos parenterais) de horário de 12 em 12 horas ou de 8 em 8 horas.

4. FLUXO DE AVALIAÇÃO E DECISÃO PARA A DESOSPITALIZAÇÃO

O processo de desospitalização seguirá o fluxo abaixo, garantindo a integração e a comunicação entre os níveis de atenção:



4.1. Identificação de Pacientes Potenciais:

-) A equipe multidisciplinar do Complexo Regulador Municipal acompanha os censos hospitalares dos prestadores SUS (recebidos 3 vezes ao dia);
- a) São identificados os pacientes com **alta permanência** como potenciais candidatos à desospitalização;
- b) Discussão inicial dos casos identificados com a equipe de desospitalização do Complexo Regulador.

4.2. Avaliação *In Loco* e Análise de Prontuário:

- a) A equipe de desospitalização do Complexo Regulador se desloca **in loco** ao hospital;
- b) Realiza a análise detalhada do prontuário do paciente para verificar condições clínicas, histórico e plano terapêutico.

4.3. Discussão Multidisciplinar Hospitalar:

- a) A equipe de desospitalização do Complexo Regulador discute o caso diretamente com a **equipe assistencial** (médicos, enfermeiros, etc.) e equipe multidisciplinar do prestador para alinhar a condição clínica, necessidades específicas e viabilidade da desospitalização.

4.4. Avaliação Social e Clínica Domiciliar (com Envolvimento Familiar):

- a) A **assistente social do prestador** analisa os fatores sociais do paciente e faz contato com os **familiares do mesmo**;
- b) Nesta etapa crucial, são analisadas as **questões sociais em conjunto com a equipe multiprofissional de atenção domiciliar do Programa Melhor em Casa** (incluindo a existência de cuidador e rede de apoio) e as **questões clínicas** (verificando a adequação do domicílio e a capacidade de cuidado familiar) para garantir a segurança do processo de transição.

4.5. Decisão e Acompanhamento Multidisciplinar:

- a) Todo este processo é acompanhado de perto pela equipe multidisciplinar do Complexo Regulador, que integra todas as informações e participa da tomada de decisão conjunta sobre a desospitalização;
- b) Em caso de elegibilidade, inicia-se o planejamento do Plano de Cuidados Pós-Alta pela equipe hospitalar.

5. DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES

A efetividade do protocolo depende da clara definição de papéis e responsabilidades de cada ator envolvido:

5.1. Complexo Regulador Municipal (Governança e Coordenação Geral)

- a) Estabelecer a Governança Pública e definir as diretrizes e normativas do processo;
- b) Articular interinstitucionalmente com as Diretorias de Regulação e Atenção à Saúde e prestadores SUS;
- c) Definir e validar fluxos e critérios de elegibilidade;
- d) Monitorar e fiscalizar a execução completa do protocolo;
- e) Participar da alocação de recursos;
- f) Avaliar periodicamente os resultados e propor ajustes.

5.2. Equipe Multidisciplinar do Complexo Regulador

- a) Acompanhar ativamente as altas permanências dos pacientes nos prestadores SUS;
- b) Identificar as causas das altas permanências;
- c) Realizar intervenções *in loco* e discutir casos com os Núcleos Internos de Regulação;



- d) Propor e implementar melhorias nos fluxos e processos;
- e) Notificar formalmente falhas persistentes que ocasionem baixa rotatividade de leitos;
- f) Acompanhar todo o processo de desospitalização desde a identificação até a decisão final.

5.3. Assistente Social do Prestador (Hospital)

- a) Participar ativamente das visitas aos leitos com a equipe multidisciplinar;
- b) Conhecer os pacientes e suas famílias;
- c) Colaborar nas previsões de alta e engajar familiares no processo de desospitalização;
- d) Identificar fragilidades sociais do paciente e da rede de apoio;
- e) Apoiar a equipe do "Melhor em Casa" e Complexo Regulador Municipal com informações sobre o contexto sociofamiliar.

5.4. Equipe Assistencial do Hospital

- a) Identificar precocemente pacientes com potencial para desospitalização e prever a alta hospitalar;
- b) Promover o envolvimento ativo dos familiares no cuidado durante a internação;
- c) Orientar e capacitar os familiares em cuidados essenciais para a continuidade domiciliar;
- d) Manter comunicação constante com a equipe de desospitalização do Complexo Regulador e a Assistente Social do hospital.

5.5. Equipe do Programa "Melhor em Casa" (EMAD)

- a) Analisar a elegibilidade do paciente para atenção domiciliar (condições agudas estáveis ou crônicas agudizadas);
- b) Verificar a estabilidade clínica e as condições domiciliares;
- c) Avaliar o contexto sociofamiliar do paciente;
- d) Utilizar Instrumento de Elegibilidade específico;
- e) Realizar a admissão do paciente, elaborar o Plano de Cuidados personalizado e obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- f) Administrar medicação parenteral após avaliação da adaptação do paciente nas últimas 24 horas.

6. PLANO DE CUIDADOS PÓS-ALTA

O Plano de Cuidados Pós-Alta visa assegurar a continuidade do cuidado ao paciente após a desospitalização, com foco na estabilidade clínica, reabilitação e prevenção de complicações.

6.1. Envolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS)

6.1.1 Comunicação Imediata e Formal: A EMAD deve enviar o Plano de Cuidados Pós-Alta e o Relatório de Alta para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, contendo resumo do caso, diagnóstico, procedimentos e recomendações, bem como formulário de contrarreferência, colhendo a ciência das equipes;

6.1.2. Visita Domiciliar Compartilhada (Ideal): Agendamento de visita conjunta entre SAD e ESF em casos complexos para transferência *in loco* de informações;

6.1.3. Definição de Responsabilidades da UBS: O Plano deve especificar as ações que passarão a ser responsabilidade da UBS (exames, consultas, renovação de receitas), garantindo o acompanhamento longitudinal.

6.2. Monitoramento e Acompanhamento em Domicílio

6.2.1. Monitoramento da APS (Visitas Programadas): A equipe da ESF (enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) deve incluir o paciente em sua programação de visitas domiciliares, com frequência baseada na vulnerabilidade e complexidade;

6.2.2. Foco na Reabilitação e Prevenção: O acompanhamento domiciliar pela APS se concentra na manutenção da estabilidade clínica, prevenção de complicações e reabilitação funcional e social.



7. COMUNICAÇÃO, ALINHAMENTO E CAPACITAÇÃO

Para a efetiva implementação e sustentabilidade do protocolo, são essenciais estratégias de comunicação e capacitação:

7.1. Estratégias de Comunicação e Alinhamento

7.1.1. Reuniões de Articulação e Governança:

- a) **Fórum de Atenção Domiciliar:** Espaço regular de reunião (mensal/bimestral) com coordenação do SAD, Atenção Primária, gestão farmacêutica e regulação para discutir casos, pactuar fluxos e revisar indicadores;
- b) **Discussão de Casos Clínicos (Interequipes):** Encontros periódicos entre EMAD e ESF para apresentar pacientes desligados e alinhar cuidados.

7.1.2. Documentação Padronizada e Compartilhada:

- a) **Protocolo de Transição Único:** Documento formalizado com critérios de alta do SAD, fluxo de referência para APS e responsabilidades;
- b) **Ficha de Contracapacidade de Referência:** Documento de alta padronizado com lista de medicamentos/insumos para 30 dias e profissional de referência na APS. Uso de sistemas de informação integrados (e-SUS AD e e-SUS AB).

7.2. Capacitação das Equipes (Treinamento)

7.2.1. Equipe Assistencial Hospitalar: Treinamento em comunicação efetiva e capacitação de cuidadores;

7.2.2. Equipe da APS: Treinamento em manejo de pacientes crônicos complexos e comunicação com EMAD;

7.2.3. Equipe de Desospitalização do Complexo Regulador: Aprofundamento em critérios de elegibilidade, análise de prontuários e articulação interinstitucional;

7.2.4. Farmacêuticos e Logística: Treinamento sobre fluxos de medicamentos e insumos específicos para pacientes desospitalizados.

8 – RESPONSÁVEIS PELA ELABORAÇÃO:

Larissa Bandeira de Mello Barbosa

Chefe do Departamento de Atenção Básica
Decreto nº. 1358/2025
Matrícula nº. 57835-5

Aline Nayara Afonso Rezende Tristão

Diretora de Atenção à Saúde
Decreto nº. 046/2025
Matrícula: 57751

Tacimara de Oliveira Reis

Coordenadora do Complexo Regulador Municipal
Portaria nº. 080/2025
Matrícula nº. 47244-6