

PROTOCOLO DE ACESSO – SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR/MELHOR EM CASA

SERVIÇOS OFERECIDOS CONTEMPLADOS PELO PROGRAMA

- Capacitação e realização de curativos complexos
- Capacitação e realização de fisioterapia motora e respiratória domiciliar
- Consulta médica domiciliar
- Administração de medicações injetáveis (esquemas posológicos até de 8/8hs)
- Reabilitação e acompanhamento multidisciplinar
- Acompanhamento de pacientes paliativos em fase terminal de vida
- Atendimento remoto assistencial
- Acompanhamento de pacientes com suporte tecnológico e de alta complexidade
- Acompanhamento de afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de tratamento parenterais ou outros procedimentos frequentes
- Acompanhamento de prematuridade e ganho ponderal
- Avaliação de pacientes com restrição de locomoção fora de área de cobertura de grupos Estratégia de Saúde da Família.
- Pacientes que demandem monitorização contínua

PROFISSIONAIS ASSISTENCIAIS OFERECIDOS PELO SAD

EMAD (Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar)

- Médico
- Enfermagem
- Fisioterapia

EMAP (Equipe Multiprofissional de Apoio)

- Nutricionista
- Fonoaudiologia
- Psicologia
- Assistência Social
- Farmaceutica

PROTOCOLO DE ACESSO – SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR/MELHOR EM CASA

SOLICITANTES

- Hospital terciário
- Unidades de Pronto Atendimento
- Unidades Básicas de Saúde
- Unidade Especializada (Dia, CEMDHI)
- Demanda externa

PRAZOS DE AVALIAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS DO SAD

- Realização de medicação: 24 horas (Solicitações realizadas até as 16 horas, serão avaliadas no mesmo dia).
- Cuidados multiprofissional (Hospitalar, UPA e rede de atenção básica): até 3 dias.
- Demanda externa: até 7 dias

Conteúdo descritivo MÍNIMO que o encaminhamento deve conter para cada tipo de solicitação:

• MEDICAÇÃO

Informar leito/setor de internação e endereço e telefone atualizado

Informações clínicas atuais, comorbidades, descrição médica atualizada, nome do medicamento, dose, via de administração, frequência e tempo previsto de tratamento.

Pacientes que necessitem de cuidador devem ser descritos nome do mesmo, assim como grau de parentesco, telefone.

Informar ainda nome do profissional solicitante.

*** A prescrição deverá ser entregue ao profissional do SAD no momento da avaliação presencial.

• CURATIVOS

Informar leito/setor de internação e endereço e telefone atualizado.

Informações clínicas atuais, comorbidades, descrição pelo profissional atualizada, onde aborde grau da lesão, localização, dimensões, presença e característica de exudato, se há sinais de infecções, histórico de cobertura já utilizada pelo serviço e no momento atual.

Pacientes que necessitem de cuidador devem ser descritos nome do mesmo, assim como grau de parentesco, telefone.

Informar ainda nome do profissional solicitante.

- **CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS:**

Informar leito/setor de internação e endereço e telefone atualizado.

Informações clínicas atuais, comorbidades, medicação de uso contínuo, descrição médica atualizada, diagnóstico atual do paciente, justificativa para seguimento de cuidados em domicílio, dispositivos utilizados (SVD, SNE, traqueostomia, oxigênio, VM, etc).

Caso paciente possua lesão, descrever conforme solicitação de curativo.

Grau de dependência funcional do paciente (Escala de Katz, Índice de Barthel capacidade do idoso, Escala de Lawton para o idoso, Questionário de Pfeffer)

*** Especificar para qual profissional da EMAD, pertence a solicitação. Pacientes que necessitem de cuidador devem ser descritos nome do mesmo, assim como grau de parentesco, telefone.

Informar ainda nome do profissional solicitante.

SITUAÇÕES QUE NÃO SE ENQUADRAM AO MEC:

- Pacientes que conseguem se deslocar até a UBS para atendimento
- Pacientes que conseguem se deslocar até a Unidade Dia para administração do medicamento prescrito
- Pacientes referenciados para cuidados apenas para profissionais integrantes da EMAP (nutricionista, assistente social, fonoaudiologia e psicologia)
- Pacientes cuja ficha de elegibilidade (ANEXO I) se enquadrem em AD1

CRITÉRIOS OBRIGATÓRIOS:

Cuidador responsável (apto para capacitação e manejo domiciliar), para pacientes que demandem cuidados integrais e cuidados de terceiros.

Avaliação prévia do paciente pelo profissional solicitante.

Residir no município de Uberaba

Aceitação dos termos de adesão ao programa pelo paciente e cuidador.

TODAS demandas deverão ser provenientes via **SISREG**.

Dispositivos que são necessários para alta do paciente que assim fizer necessário para desospitalização (Oxigenioterapia, bomba de infusão, respirador, e outros).

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

- Como integrante da rede atenção especializada em saúde, o SAD poderá após capacitação do cuidador responsável, referencia-lo novamente a UBS.
- Processo de fralda e dieta enteral, não são impeditivos para adesão, porém não são atribuições exclusivas do programa, cabendo ao profissional/instituição dar entrada nos papéis para celeridade do processo.

CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE

VERMELHO (Avaliação em até 24hs)	Medicações injetáveis (Antibióticos disponíveis no programa ou conforme disponibilizado pelo solicitante)
AMARELO (Avaliação em até 3 dias)	Cuidados multidisciplinares de <u>origem HOSPITALAR e UPA</u> como sequela AVC, pacientes de internação prolongada, quadro semiagudo de SEPSE, pós operatório complexo, necessidade de dispositivos invasivos (SVD, SNE, gastrostomia, traqueostomia, cistostomia, etc), curativos complexos com necessidade de coberturas específicas.
VERDE (Avaliação em até 3 dias)	Cuidados multidisciplinares de <u>origem UBS</u> como fisioterapia motora ou respiratória domiciliar, necessidade de capacitação familiar para aspiração. Curativos com necessidade de debridamento mecânico, químico, assim como capacitação dos cuidadores para sua realização. Consulta médica domiciliar para ajuste da condição clínicas atuais.
AZUL (Avaliação em até 7 dias)	Curativos simples, demandas espontâneas, demanda externa

ANEXO I



Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD)



INDICAÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES PARA AD2/AD3			
Selecione uma ou mais das seguintes opções para definir a principal indicação clínica do paciente.	() Condição de saúde crônica agudizada que requeira atendimento multiprofissional no domicílio, com foco no melhor controle de sintomas causados pela condição de base, incluindo situações de cuidados paliativos.		
	() Lesão de pele de difícil manejo pela equipe assistente que requeira avaliação semanal em domicílio, além do possível uso de coberturas especiais.		
	() Reabilitação multiprofissional com possibilidade de ganho funcional, especialmente após cirurgia de grande porte, evento agudo, fratura ou hospitalização prolongada.		
	() Uso de antibioticoterapia parenteral domiciliar ou outra medicação parenteral seriada, desde que haja mínima estabilidade clínica para permanência no domicílio.		
	() Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.		
() Nenhuma das condições acima.			
SISTEMA DE PONTUAÇÃO			
INDICAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS OU GATILHOS		Pontuação	
Selecione uma ou mais das opções a seguir. (A presença de qualquer uma delas já classifica o usuário como AD2 ou AD3, INDEPENDENTE DA PONTUAÇÃO FINAL).	() AD2: Necessidade diária de curativos complexos e/ou medicação parenteral (IM/EV/SC - exceto insulina) – 5 pontos		
	() AD3: Necessidade de tratamentos de alta complexidade ou intensidade no domicílio: transfusão sanguínea, paracentese, nutrição parenteral, cuidados paliativos sequenciais para manejo de sintomas mal controlados, dentre outros E/OU uso de Ventilação Mecânica Invasiva – 5 pontos		
USO DO SISTEMA DE SAÚDE		Pontuação	
Histórico de internação hospitalar nos últimos três meses.	() Nenhuma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 0 ponto		
	() Pelo menos uma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 1 ponto		
	() Duas ou mais internações hospitalares nos últimos 3 meses – 2 pontos		
	() Pelo menos uma internação em UTI nos últimos 3 meses – 4 pontos		
Frequência de procura por serviços de urgência nos últimos três meses (SAMU, UPA, Pronto-Socorro)	() Nenhuma procura por serviço de urgência nos últimos 3 meses – 0 ponto		
	() Procurou por serviço de urgência 02 vezes nos últimos 3 meses – 1 ponto		
	() Procurou por serviço de urgência de 03 a 04 vezes nos últimos 3 meses – 2 pontos		
	() Procurou por serviço de urgência 05 ou mais vezes nos últimos 3 meses – 3 pontos		
Tempo de permanência hospitalar nos últimos três meses. Considerar o maior período no caso de múltiplas internações prévias.	() Sem história de internação prévia – 0 ponto		
	() Até 07 dias – 1 ponto		
	() De 07 a 30 dias – 2 pontos		
	() Mais de 30 dias – 3 pontos		
VULNERABILIDADE SOCIAL		Pontuação	
Relação morador-cômodo: divida o número de moradores pelo número de cômodos, selecionando a opção apropriada.	() Menor que 01 – 0 ponto		
	() Igual a 01 – 1 ponto		
	() Maior que 01 – 2 pontos		
SUPORTE FAMILIAR/CUIDADO		Pontuação	
Identifique o suporte de cuidado, seja da família ou de cuidadores.	() Paciente com suporte familiar adequado – 0 ponto		
	() Paciente com suporte familiar inadequado – 1 ponto		
FUNCIONALIDADE		Pontuação	
Preencha este campo considerando a idade do paciente, para posterior identificação do grau de dependência, de acordo com sua faixa etária.			
Para crianças de até 07 anos	Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor	() Acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 0 ponto	
		() Não acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 6 pontos	
Para crianças maiores de 07 anos, adultos e idosos	Capacidade para tomar banho	() Independente – 0 ponto	
		() Dependente parcial – 1 ponto	
		() Dependente completo – 2 pontos	
	Capacidade para alimentar-se	() Independente – 0 ponto	
		() Dependente parcial – 1 ponto	
		() Dependente completo – 2 pontos	
Capacidade para locomover-se	() Independente – 0 ponto		
	() Dependente parcial – 1 ponto		
	() Dependente completo – 2 pontos		
POLIFARMÁCIA		Pontuação	
Uso de cinco ou mais medicações de uso contínuo, diariamente	() Não – 0 ponto		
	() Sim – 1 ponto		
PONTUAÇÃO FINAL			
Modalidade AD		Pontuação no instrumento	
AD1		Até 09 pontos	
AD2		De 10 a 15 pontos	
AD3		Maior ou igual a 16 pontos	

CHECKLIST – SOLICITAÇÃO DE ADMISSÃO NO PMEC/SAD - MEDICAÇÃO

Identificação do Paciente

- ☐ Endereço completo
- ☐ Telefone de contato ☐ Setor de internação / leito

Informações Clínicas

- ☐ Diagnóstico principal
- ☐ Comorbidades
- ☐ Relatório médico atualizado
- ☐ Prescrição médica atualizada

Tratamento Solicitado

- ☐ Nome do medicamento (1ª dose já realizada!?)
- ☐ Dose
- ☐ Via de administração e diluição
- ☐ Frequência
- ☐ Tempo previsto de tratamento

- ☐ Possui cuidador responsável

Dados do Cuidador

- ☐ Nome completo
- ☐ Grau de parentesco
- ☐ Telefone para contato

- ☐ Nome e contato do profissional solicitante.

CHECKLIST – SOLICITAÇÃO DE ADMISSÃO NO PMEC/SAD – CURATIVOS

Identificação do Paciente

- ☐ Endereço completo
- ☐ Telefone de contato ☐ Setor de internação / leito

Informações Clínicas

- ☐ Diagnóstico principal
- ☐ Comorbidades
- ☐ Avaliação médica e/ou de enfermagem atualizada.

Descrição

- ☐ Grau da Lesão por Pressão
- ☐ Localização da(s) lesão(ões).
- ☐ Dimensões da lesão (comprimento, largura e profundidade).
- ☐ Presença de exsudato (quantidade e características).
- ☐ Presença de tecido de granulação, esfacelo ou necrose.
- ☐ Presença de sinais de infecção (odor, hiperemia, calor, secreção purulenta, febre).
- ☐ Cobertura utilizada atualmente.
- ☐ Possui cuidador responsável

Dados do Cuidador

- ☐ Nome completo
- ☐ Grau de parentesco
- ☐ Telefone para contato
- ☐ Nome e contato do profissional solicitante.

CHECKLIST – SOLICITAÇÃO DE CUIDADOS MULTIPROFISSIONAIS

Identificação do Paciente

- ☐ Endereço completo
- ☐ Telefone de contato ☐ Setor de internação / leito

Informações Clínicas

- ☐ Diagnóstico principal
- ☐ Comorbidades
- ☐ Relatório médico atualizado
- ☐ Prescrição médica atualizada ☐ Justificativa para acompanhamento multiprofissional domiciliar. ☐
- ☐ Grau de dependência funcional do paciente. (Descrever – acamado? Deambula?
- ☐ Necessidade de acompanhamento (especificar qual profissional). Enfermagem / Médico / Fisioterapia / Psicóloga / Assistente Social / Fonoaudióloga / Farmacêutica
- ☐ Uso de dispositivos (sonda, ostomia, traqueostomia, oxigenoterapia, ventilação mecânica, entre outros). ☐ ☐ Presença de lesão de pele e necessidade de curativos. ☐ Necessidade de administração de medicamentos no domicílio.
- ☐ Presença de cuidador responsável.

Dados do Cuidador

- ☐ Nome completo
- ☐ Grau de parentesco
- ☐ Telefone para contato
- ☐ Nome e contato do profissional solicitante.

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD) / PROGRAMA MELHOR EM CASA**TERMO DE NÃO ADMISSÃO PELA EQUIPE***(Não elegibilidade conforme protocolo do Programa Melhor em Casa)*

Nome do(a) usuário(a): _____
Data de nascimento: ____/____/____ Cartão SUS (CNS): _____
Endereço: _____
Unidade/serviço solicitante: _____
Data do encaminhamento: ____/____/____

A equipe multiprofissional do Programa Melhor em Casa, após avaliação do caso encaminhado, **DECLARA A NÃO ADMISSÃO** do(a) usuário(a) acima identificado(a) no Serviço de Atenção Domiciliar, tendo em vista o não atendimento aos critérios de elegibilidade previstos no protocolo institucional, conforme discriminado a seguir:

1. Critérios administrativos não atendidos:

- () Endereço fora da área de abrangência/cobertura do SAD;
- () Ausência de cuidador responsável identificado e/ou disponível;
- () Ausência de condições mínimas de habitação, saneamento ou segurança para a prestação do cuidado domiciliar;
- () Recusa do(a) usuário(a)/família em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- () Documentação obrigatória incompleta ou não encaminhada (relatório médico, prescrição, formulário de encaminhamento);
- () Outros: _____.

2. Critérios clínicos não atendidos:

- () Quadro clínico instável, com necessidade de suporte hospitalar contínuo;
- () Necessidade de tecnologia/equipamento incompatível com a estrutura domiciliar disponível;
- () Caso de menor complexidade, compatível com acompanhamento pela Atenção Básica/AD1;
- () Risco iminente à vida que demande estrutura de urgência/emergência hospitalar;
- () Outro: _____.

Justificativa técnica detalhada:

Encaminhamentos/orientações dadas à unidade solicitante e/ou à família:

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura Profissional MEC Assinatura Responsável Unidade Solicitante

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMeC). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/doc_tec/mar_24/Relatorio%20AIR%20_%20PRT%20GM%203005.2024.pdf. Acesso em: 17 jun. 2026.

Colaboração para Elaboração:

- Michael Borges Gobbo médico do serviço de atenção domiciliar de Uberaba.
- Michelle Moraes Cardoso gerente do serviço de atenção domiciliar de Uberaba.

Elaboração	Implementação	Revisão
Maio 2026	Julho 2026	Julho 2028