



INSTRUÇÃO NORMATIVA N. 03/2025

FLUXOS E NORMAS DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

Dispõe sobre o fluxo e normas do Programa Melhor em Casa da Secretaria Municipal de Saúde de Brusque.

Considerando a Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no SUS;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

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

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 a portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a portaria nº 825, 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 portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde.

Considerando a portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do sistema único de saúde.

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.604, que define a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), nos termos da, de 18 de outubro de 2023. " (NR)

Considerando a portaria gm/ms nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024, que 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).



RESOLVE:

Art. 1º . Estabelecer as competências de atuações, fluxos e normas de operacionalização e seguimento dos pacientes que necessitam do programa Melhor em Casa.

Art 2º. Definir os critérios de inclusão, alta e encaminhamentos para acompanhamento dos pacientes.

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

Art 4º. Fica revogada a Instrução Normativa n. 06/2021 que dispõe sobre as competências de atuações, fluxos e normas do programa Melhor em Casa no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Brusque.

Ricardo Alexandre Freitas
Secretário Municipal de Saúde

Brusque, 10 de junho de 2025



ANEXO I

INTRODUÇÃO

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, resguardado os princípios doutrinários do SUS, no tocante a [...] Integralidade e Equidade, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que sua práxis se operacionaliza, afim de, cumprir com as premissas de acesso e assistência curativa (BRASIL, 1990).

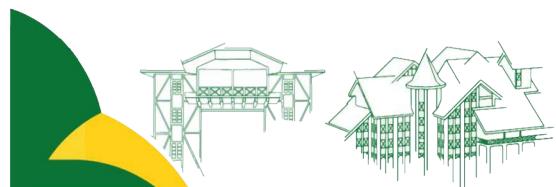
A partir deste exposto e considerando as respectivas classificações de risco/gravidades, propõe-se um programa, denominado “Melhor em Casa” (PMcC), cuja proposta é de realizar intervenções nos casos de média-alta complexidade e que, devido as condições delimitantes da pessoa acamada/domiciliada, precisará 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 paliativas. Com fins de reestabelecimento (proporcional as 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 promoção, manutenção e melhora da saúde; e a partir da gestão estratégica deste território municipal, com 151.949 habitantes (estimativa IBGE, 2024), a APS contempla 100% da cobertura populacional.

Essa proporção dos serviços de saúde municipal, distribuem-se em: 63 equipes de Estratégia Saúde da Família; Pronto Atendimento 24 horas; Centro de Especialidades Odontológicas; Clínica da Mulher; SAVS; CAPS II; CAPS AD; CAPS infantil; Ambulatório de





Saúde Mental; 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.

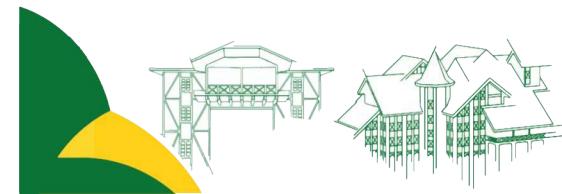
A ampliação das estruturas dos serviços em saúde se convergem à necessidade ante a estimativa de crescimento populacional neste município, cuja representação foi de 34,01% em comparação com o Censo de 2010. Percebe-se também que o número de pessoas com 60 ou mais anos superam os 13,04% da população geral (IBGE, 2022).

No tocante aos serviços terciários/hospitais e a seus números de leitos de internação, em Brusque, até dezembro de 2023 havia um total de 158 leitos SUS segundo plano municipal de saúde com abrangência de 2022 a 2025, distribuídos em **a)** Hospital Arquidiocesano Cônsl Carlos Renaux – Azambuja e no **b)** Hospital Maternidade Dom Joaquim, uma vez que o **c)** Imigrantes hospital e maternidade, somente conveniado ao SUS pelas cirurgias eletivas.

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 institucionalizações dessas pessoas em âmbitos que por vezes são desnecessários. O modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, fragmentado, biologicista e macanicista, 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 transposta às instituições causam impactos socioculturais e nos sistemas de gestão do cuidado, sobre 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 sua respectiva competência de cuidado nos níveis Ad2 e Ad3.





2. OBJETIVOS SAD

2.1 GERAL

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

2.2 ESPECÍFICOS

- Cumprir com quadro de classificação de gravidade (AD1, AD2 e AD3) e elegibilidade SAD ;
- Proporcionar um tratamento mais humanizado que respeita as necessidades e opções do paciente e de sua família;
- 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 Plano de leito dos usuários SAD.

3. PRINCÍPIOS DO SERVIÇO ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

- Ser estruturado na perspectiva das RAS E RUE;
- Articular com todos níveis de atenção, incorporando-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.

4. COMPETÊNCIAS DE ATUAÇÕES E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Segundo a PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024, art. 535, a Atenção Domiciliar (AD) é indicada para pessoas que necessitam de atenção à saúde e que estejam em situação de restrição ao leito ou lar ou em condição clínica ou de vulnerabilidade, de forma temporária ou permanente, na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, paliação, reabilitação e prevenção de agravos.

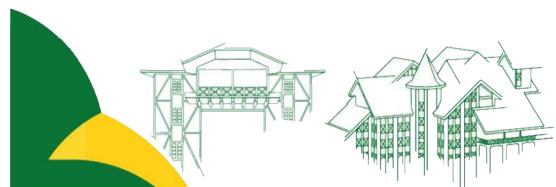
A AD será organizada em três modalidades:

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

Considera-se elegível, na modalidade AD 1, o usuário que, tendo indicação de AD devido a adoecimento por condição crônica estável e a restrição ao leito ou lar, requeira cuidados da equipe de saúde com frequência espaçada e programada, a ser definida conforme seu Plano Terapêutico Singular (PTS). A prestação da assistência à saúde na modalidade AD 1 é de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio de acompanhamento regular em domicílio, de acordo com as especificidades de cada caso e conforme o preconizado na PNAB e demais normas aplicáveis.

Considera-se elegível, na modalidade AD 2, o usuário que, tendo indicação de AD, necessite de cuidados multiprofissionais, transitórios e intensificados, minimamente semanais, com atendimentos regulares, e que apresente as seguintes condições clínicas:

- Afecções agudas, com necessidade de tratamentos parenterais ou outros procedimentos frequentes;
- Afecções crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados sequenciais, tratamentos parenterais ou reabilitação com possibilidade de ganho de funcionalidade;
- Afecções que demandem cuidados paliativos, com necessidade de visitas sequenciais para manejo de sintomas não controlados; e



- Prematuridade com necessidade de ganho ponderal ou de procedimentos sequenciais.

Considera-se elegível, na modalidade AD 3, o usuário:

I – Que se enquadre em qualquer das situações listadas na modalidade AD2 e que necessite de:

- Cuidados predominantemente multiprofissionais; e
 - Uso de equipamentos ou agregação de procedimentos de maior complexidade, tais como:
 1. Ventilação mecânica invasiva e não invasiva domiciliar;
 2. Nutrição parenteral;
 3. Transfusão sanguínea;
 4. Diálise peritoneal;
 5. Hemodiálise;
 6. Drenagens repetidas (toracocentese, paracentese e outras);
 7. Cuidados paliativos em fase final de vida; ou
 8. Condições crônico-degenerativas progressivas; e
 - Com necessidade de procedimentos sistemáticos em domicílio, como reabilitação intensiva, antibioticoterapia e outros.

Os usuários com necessidade de diálise peritoneal ou hemodiálise continuarão vinculados à equipe assistencial de sua referência nas clínicas ou centros de terapia renal substitutivas particulares ou conveniadas ao SUS e, a qualquer momento de necessidade clínica, serão referenciados para tais serviços, em conformidade com a integralidade de seu cuidado.

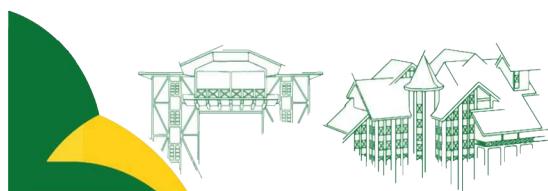
A responsabilidade e o protagonismo do SAD/PMcC com os usuários da modalidade AD 3 não excluem a responsabilidade dos serviços da APS com relação à sua população adscrita nem a necessidade de um plano de cuidado compartilhado.

5. CRITÉRIOS SAD

5.1 INCLUSÃO

Usuários em todos os ciclos de vida, de qualquer faixa etária, que estejam acamados/domiciliados e que:

- Apresentem afecções agudas ou crônicas agudizadas;





- Apresentem afecções crônicas degenerativas agudizadas que necessitem atendimento intensificado;
- Necessitem cuidados paliativos finais (controlar dor e de conforto);
- Apresentem lesão por pressão de grau III ou IV;
- Necessitem de reabilitação com possibilidade de ganho de funcionalidade;
- Outros. Admissão sujeita à discussão entre serviços.

NOTA¹: As intervenções da equipe SAD se manterão até o momento do treino e manejo do mesmo aos cuidadores, posteriormente será mantida manutenção com sua ESF.

NOTA²: Quando o usuário não apresentar os critérios acima citados pertence a Atenção Domiciliar 1 (AD1) que é realizada pela Unidade Básica Saúde (UBS).

NOTA³: Inclusões são comunicadas via e-mail para UBS referência.

5.1 EXCLUSÃO

Não serão autorizadas solicitações para os seguintes casos:

- Encaminhamentos sem visita prévia ao usuário, de uma profissional de Nível superior das UBS's com no mínimo 5 dias de antecedência do encaminhamento;
- Usuários da área de abrangência do SAD, não residentes em Brusque;
- descumprimento dos acordos assistenciais pactuados entre equipe multiprofissional e usuário, familiar (es) ou cuidador (es) poderá implicar a exclusão do usuário do PMeC, ocasião em que o atendimento ao usuário poderá ocorrer em outro serviço adequado ao seu caso, conforme organização da RAS local.
- Ausência do cuidador.

5.3 ALTA

- Melhora das condições clínicas e/ou estabilidade clínica;
- Internação Hospitalar;
- Ausência de condições domiciliares mínimas que comprometam a resolutividade ou segurança na Atenção Domiciliar;
- Inexistência de um cuidador;
- Solicitação de desligamento pelo usuário ou familiar;



- Não cumprimento das pontuações do cuidado do usuário;
- Óbito.

NOTA: As altas serão comunicadas via email junto com Relatório de Alta (ANEXO B) para UBS referencia.

6. ENCAMINHAMENTO AO SAD

O encaminhamento será realizado a partir, obrigatoriamente, após o atendimento da equipe UBS/ESF por profissional de nível superior, ao usuário e sua família com no máximo 5 dias de antecedência ao encaminhamento. 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 com as informações completas constantes no instrumento padronizado.

NOTA: 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).

1. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE SOLICITANTE:

Unidade básica de saúde (UBS):

Nome do profissional solicitante:

Motivo da solicitação:

2. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

Nome do Usuário:

Data nascimento: / / CNS:

Endereço:

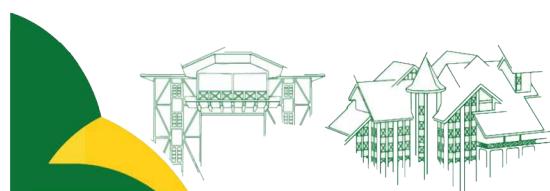
Complemento: Ponto de referência:

Fones:

NOTA: 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).

7. FLUXO

9





O desenho da articulação entre a Rede, denominado como fluxo SAD. Seu objetivo é orientar sobre as formas de acesso, as intervenções e a continuidade do cuidado.

8. CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS DO PROGRAMA DE ATENÇÃO DOMICILIAR

8.2 EMAD E EMAP

O PMeC complementa os cuidados realizados na APS e nos serviços de urgência, substitutivos ou complementares à internação hospitalar, estabelecendo regras para o gerenciamento e a operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

8.2.1 COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

EMAD¹ (Equipe mínima obrigatória): 1 Médica, 2 Enfermeiros, 1 Fisioterapeuta e 3 Técnicas de Enfermagem;

EMAP¹ (Equipe mista): 1 Fisioterapeuta; 1 Fonoaudióloga; 1 Nutricionista; 1 Psicólogo; 1 Prof. de Educação Física; 1 Assistente Social.

NOTA¹: As funções das categorias do EMAD e EMAP estão descritas no ANEXO B.

NOTA² : As categorias profissionais do EMAP podem mudar dependendo da demanda do serviço.

8.2.2 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 eminente de morte.





9. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

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

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

9.1.1 CONDUTA- 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, deslocará uma ambulância para o atendimento.

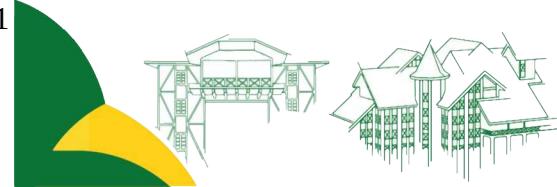
9.2 URGÊNCIA - situação de um risco menor que exige uma intervenção em curto prazo podendo ser em dias ou semanas, entrar em contato com equipe SAD.

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”.

10. FERRAMENTAS GERENCIAIS

10.1 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

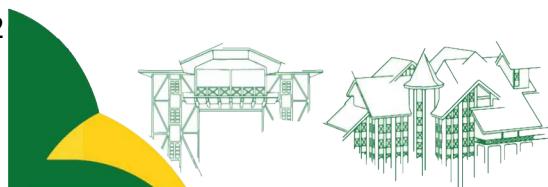
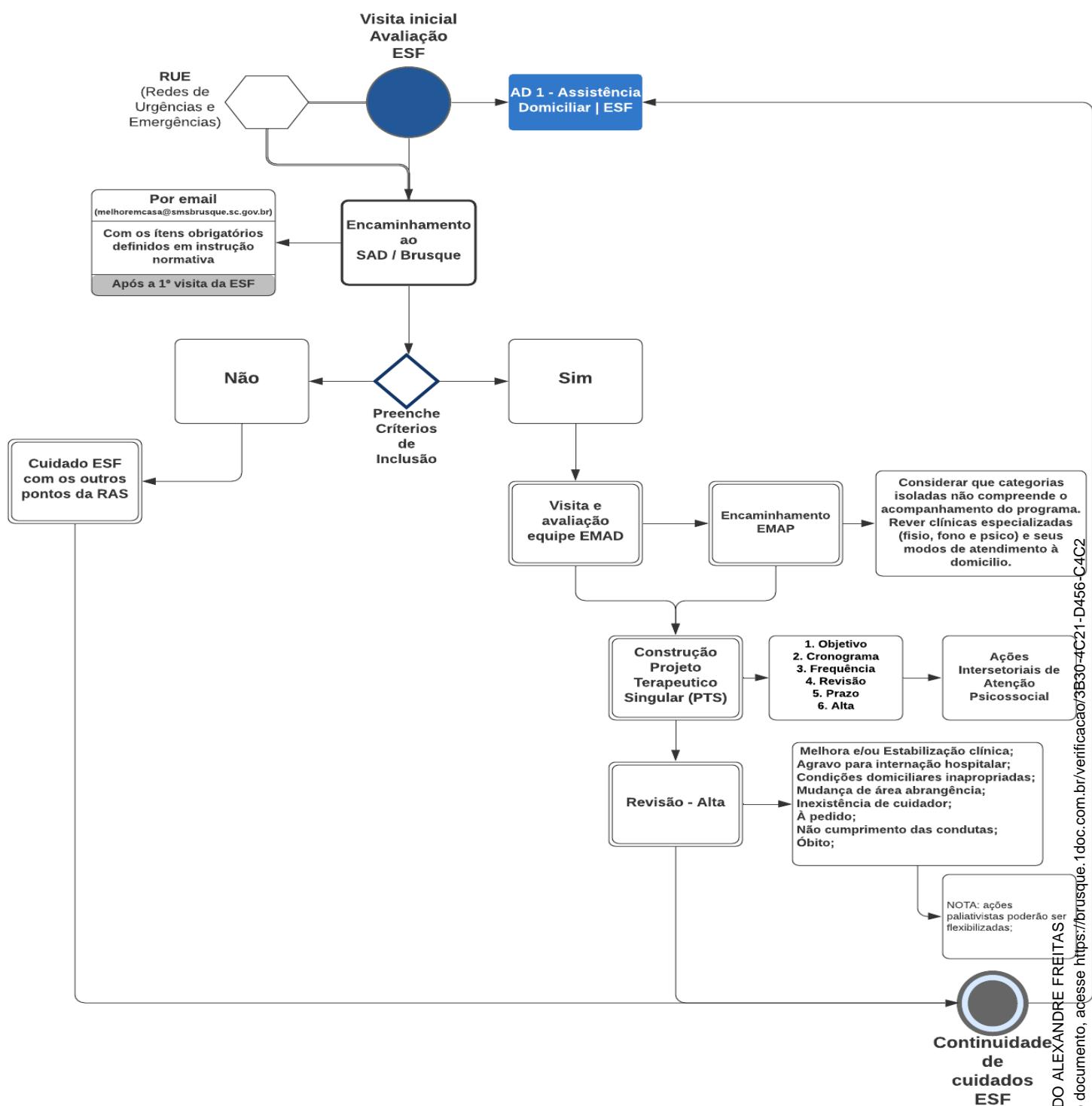
Está contemplado no processo de trabalho do SAD a elaboração, revisão e manutenção do PTS, cuja relevância se dá pelas práticas centrada na pessoa-família no território, bem como pela racionalização do cuidado e a mensuração de resultados.





SAD

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO (AD1, AD2 AD3)





10.2 PRONTUÁRIO EM DOMICÍLIO

Atendendo a necessidade da práxis, bem como orientações legais, está previsto o uso de um prontuário dentro do domicílio, no qual todos os profissionais (setores públicos e privados) devem realizar suas evoluções de condutas no mesmo.

10.3 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.

11. DESOSPITALIZAÇÃO

A 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. Contudo, esse processo requer pactuações de fluxos intra rede e entre seus respectivos serviços, bem com uma estrutura e condições (equipamentos, ferramentas, pessoas, logísticas, etc). Este método proporciona um tratamento mais humanizado que respeita as necessidades e opções do paciente e de sua família.

Pacientes nestes casos são encaminhados diretamente do hospital para o SAD, através de Formulário de Avaliação de Desospitalização (FAD), preenchidas pelo médico e enfermeiro do Hospital, a equipe SAD avalia os horários das aplicações das medicações se são compatível com os horários de trabalho SAD.

Caso os horários se encaixem é conversado com a família sobre a opção de desospitalização, se aceito algum profissional busca todas as medicações no hospital e verifica se está condizente com a receita. A partir disto se dá o ok para a unidade hospitalar dar alta para o paciente.



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>. Acesso em mar de 2024.

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>. Acesso em mar de 2024.

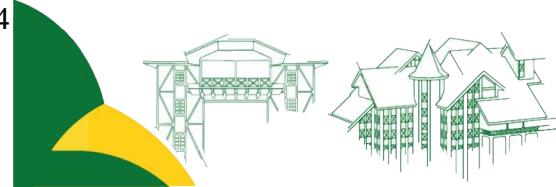
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar: cuidados em terapia nutricional. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_vol3.pdf>. Acesso em mar de 2024.

CENSO DEMOGRÁFICO, 2022. População estimada 2022. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/brusque.html>. Acesso em maio 2024.

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>. Acesso em mar 2024.

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. Acesso em mar 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASENS). 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). Disponível em: https://portal.conasems.org.br/legislacao-diaria/2150_legislacao-diaria-nacional-05-01-2024 Acesso em maio 2024.





ANEXO II

RELATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE ALTA DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR “MELHOR EM CASA”

NOME:				
DN:	CNS:			
DIAGNÓSTICO:		CID:		
DATA DE ADMISSÃO:		DATA ALTA:		
SOLICITANTE DO ACOMPANHAMENTO:				
SERÁ ACOMPANHADO (A) PELA EQUIPE MULTI: () SIM () NÃO				
NUTRI ()	FONO ()	FISIO ()	PSICO ()	ASSISTENTE SOCIAL ()

CONDICÃO ATUAL DO PACIENTE

Cognitivo	() Consciente () Orientado () Desorientado () Responsivo () Não responsivo
Comunicação	() Verbal () Gestual () Alternativa () Não comunica
Mobilidade	() Acamado () Cadeirante () Deambula com auxílio () Deambula sem auxílio
Alimentação	() Via oral () SNE () SNG () GTT
Consistência da Alimentação	() Sem restrição () Pastosa () Líquida () Sólida
Diurese	() Espontânea () SVD () SVA () Cisto
Respiração	() Vias Aéreas Superiores () Traqueostomia
Lesão por Pressão	() Sim () Não Local(is) e Grau: _____ _____
Medicações	

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Paciente encontra-se na classificação AD1 (estável), recebendo alta do SAD para seguimento na Atenção Primária em Saúde. Caso haja uma reagudização do paciente, por favor, reenviar o paciente para uma nova avaliação, após a visita ao mesmo.

PORTARIA GM/MS Nº 3.005, DE 2 DE JANEIRO DE 2024

Serviço de Assistência Domiciliar Melhor em Casa
Melhor em Casa | Equipe Multi ADI | Equipe de Curativos - Secretaria de Saúde

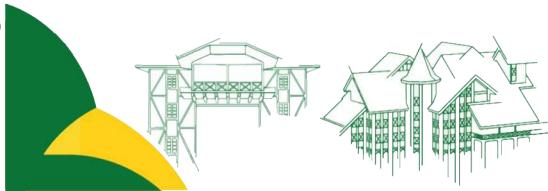
47 3306-9308 | 98436-1482

melhoremcasa@smsbrusque.sc.gov.br
equipe.multi@smsbrusque.sc.gov.br

R. Riachuelo, 45
Centro - 88350-230 - Brusque/SC
www.smsbrusque.sc.gov.br



PREFEITURA DE
BRUSQUE





ANEXO III

DESCRÍÇÃO DAS FUNÇÕES POR CATEGORIA

1. ENFERMAGEM

O QUÊ	Consulta de Enfermagem Procedimentos de enfermagem
QUEM	Enfermeiro Tec. de Enfermagem
PRA QUEM	Pacientes com critérios de admissão no SAD
QUANDO	Na primeira avaliação do paciente encaminhado Nas intervenções pactuadas no PTS
ONDE	Domicílio
METODOLOGIA DE ATENDIMENTO	Todos os pacientes inseridos no serviço deverão ser avaliados inicialmente pela equipe de enfermagem, para avaliação multi de elegibilidade. Serão priorizados os pacientes afecções agudizadas com alto risco (proporcional ao SAD) de complicações de saúde, afecções que demandem cuidados paliativos, lesões de graus III e IV. 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.
COMO	Por meio das avaliações iniciais e construção do PTS. <ul style="list-style-type: none">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, este último podendo ser alterado conforme reabilitação do paciente.



COMPETÊNCIAS	<p>Enfermeiro</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar visitas junto aos profissionais EMAD;• Produzir materiais de apoio técnico e pedagógico para cuidadores;• Aplicar medicações EV e IM conforme receitas médicas;• Avaliar e traçar plano para lesões de pressão e varicosas;• coletar exames laboratoriais em domicílio;• Gerenciar, supervisionar e organizar os serviços de enfermagem.• Realizar consulta de enfermagem;• Avaliar a assistência de enfermagem em domicílio, por meio da sistematização do atendimento de enfermagem (SAE);• Realizar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exigem conhecimento científico adequado e capacidade de tomar decisões imediatas;• Verificar o cumprimento do cronograma de visitas de enfermagem;• Elaborar escala de visitas de enfermagem;• Realizar plano de alta dos cuidados de enfermagem;• Servir de apoio à equipe de enfermagem e à família intermediando situações que interfiram no bom atendimento ao dependente de cuidados;• Monitorar o estoque e empréstimo de materiais de enfermagem;• Monitorar o consumo diário e semanal de material de enfermagem;• Realizar testes e proceder à sua leitura para subsídio diagnóstico, conforme descrito no protocolo de assistência de enfermagem do município;• Realizar encaminhamentos a equipe EMAP;• Realizar as pactuações descritas no PTS;• Executar outras competências privativas do enfermeiro descritas em legislações e protocolos vigentes;• Realizar assistência a saúde de acordo com as necessidades individuais, dentre elas: curativos de feridas graus III e IV de lesão por pressão e varicosas;• Sondagem vesical de alívio e demora;• Coleta de exames laboratoriais em domicílio;• Administração de medicações endovenosas (EV) e intramusculares (IM);• Orientações quanto ao tratamento e plano terapêutico. <p>Téc. de Enfermagem</p> <ul style="list-style-type: none">• 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:• Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, no nível de sua qualificação;
---------------------	---



	<ul style="list-style-type: none">• Orientar o cuidador e familiares em atividades de desinfecção, de materiais e equipamentos, quando lotados no domicílio;• Orientar o cuidador nos cuidados de higiene e conforto;• Integrar a equipe multidisciplinar, e auxiliar na elaboração e execução do projeto terapêutico.• Participar das atividades de educação permanente;• Fazer curativos;• Verificar sinais vitais;• Realizar notificações de vigilâncias em saúde;• 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
BENEFÍCIOS ESPERADOS	Recuperação e reabilitação do paciente

2. FISIOTERAPIA

O QUÊ	Reabilitação fisioterapêutica
QUEM	Fisioterapia Domiciliar
PRA QUEM	Pacientes com critérios de admissão no SAD; Usuários 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), que tenham possibilidade de ganho de funcionalidade;
QUANDO	Após alta hospitalar e após avaliação e prescrição médica
ONDE	Domicílio



METODOLOGIA DE ATENDIMENTO	<p>Equipamentos</p> <ul style="list-style-type: none">• Estetoscópio;• Oxímetro;• Máscara cirúrgica;• Jaleco;• Álcool 70% <p>Conjunto de acessórios para realização do procedimento</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Bolas</u>;• <u>Bastão</u>;• <u>Respiron</u>;• <u>Faixas elástica</u>;• Halteres;• Caneleiras;• Ciclo Ergométrico;• Shaker ;• Ambu.
COMO	<p>AVALIAÇÃO:</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 frequência dos atendimentos, além dos objetivos do tratamento, variando de acordo com o prognóstico do paciente e baseado na escala de Medida da Independencia funcional (MIF).</p> <p>ATENDIMENTO:</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>
COMPETÊNCIAS	<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>





	Ações educativas ou assistenciais direcionadas ao paciente e seus familiares.
BENEFÍCIOS ESPERADOS	<p>Promover a reabilitação do paciente incapaz de se locomover até a UBS e/ou serviço especializado;</p> <p>Diminuir ou prevenir riscos a saúde;</p> <p>Conscientizar o paciente e a família quanto as 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 para usuários de reabilitação sem possibilidade de ganho de funcionalidade;
- 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.





ANEXO IV

MIF - Medida de Independência Funcional

NÍVEIS	Independente	SEM ASSISTÊNCIA
	7 – Independência completa (Com segurança e tempo normal)	
	6 – Independência modificada (Ajuda técnica)	
	Dependência Modificada	
	5 – Supervisão	COM ASSISTÊNCIA
	4 – Assistência Mínima (Sujeito \geq 75%)	
	3 – Assistência Moderada (Sujeito \geq 50%)	
	Dependência Completa	
	2 – Assistência Máxima (Sujeito \geq 25%)	
	1 – Assistência Total (Sujeito \geq 10%)	
CATEGORIAS		ESCORE
CUIDADOS PESSOAIS		1 2 3 4 5 6 7
1. Alimentação		
2. Auto cuidado		
3. Banhar-se		
4. Vestir tronco superior		
5. Vestir tronco inferior		
6. Higiene íntima		
CONTROLE ESFINCTERIANO		
7. Controle vesical		
8. Controle intestinal		
MOBILIDADE / TRANSFERÊNCIAS		
9. Cama / cadeira / cadeira de rodas		
10. Banheiro		
11. Banho chuveiro / banheira		
LOCOMOÇÃO		
12. Andar / cadeira de rodas		
13. Escadas		
COMUNICAÇÃO		
14. Compreensão		
15. Expressão		
COGNITIVO SOCIAL		
16. Interação social		
17. Resolver problemas		
18. Memória		
ESCORE TOTAL		

A escala MIF é organizada pela classificação do paciente em sua habilidade para executar uma atividade independente versus sua necessidade por assistência de outra pessoa ou recurso de adaptação. Se a ajuda é necessária, a escala quantifica essa necessidade. A necessidade por assistência (carga de cuidado) se traduz pelo tempo ou energia gasta por outra pessoa para atender a necessidade de manter qualidade de vida. Neste instrumento, o escore inclui: 7 pontos representando o nível de completa

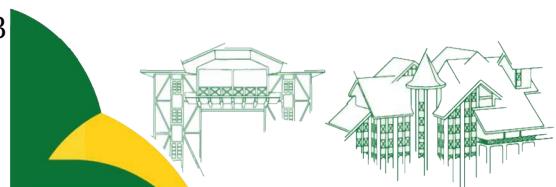


independência e 1 ponto, a completa dependência. O escore total na escala MIF é calculado a partir da soma de pontos atribuídos a cada item dentro das categorias. Essa pontuação é estipulada pela escala, através de seu equivalente em funcionalidade, definidos no quadro 2, com escore mínimo de 18 e máximo de 126. É importante ressaltar que o escore total da MIF é de 126 pontos, porém é possível obter três classificações que são as condições: sem ajuda (S.A.) – escores 7 e 6, necessitando de ajuda (N.A.) – escores 5, 4, e 3 e dependência completa (D.C.) – escores 2 e 1 (Quadro 2).

Quadro 2 – Nível de funcionalidade para cada item da escala MIF

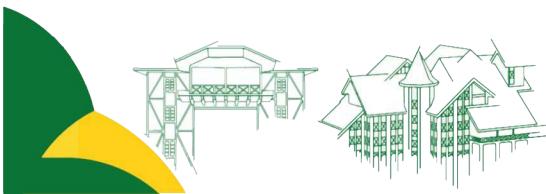
NÍVEL	EQUIVALENTE EM FUNCIONALIDADE
7 (S.A.)	Independência completa: toda tarefa que envolve uma atividade, é realizada de forma segura, sem modificações ou recursos auxiliares, dentro de um tempo razoável
6 (S.A.)	Independência modificada: capaz de realizar tarefas com recursos auxiliares, necessitando de mais tempo, porém realiza de forma segura e totalmente independente
5 (N.A.)	Supervisão: sujeito necessita somente supervisão ou comandos verbais ou modelos para realizar a tarefa sem a necessidade de contato ou a ajuda é somente para preparo da tarefa quando necessário
4 (N.A.)	Mínima assistência: necessita uma mínima quantidade de assistência, um simples tocar, possibilitando a execução da atividade (realiza 75% do esforço necessário na tarefa)
3 (N.A.)	Moderada assistência: necessita uma moderada quantidade de assistência, mais do que simplesmente tocar, (realiza 50% do esforço necessário na tarefa)
2 (D.C.)	Máxima assistência: utiliza menos que 50% do esforço necessário para completar a tarefa, mas não necessita auxílio total.
1 (D.C.)	Total assistência: assistência total é necessária ou a tarefa não é realizada. Utiliza menos que 25% do esforço necessário para realizar a tarefa.

3. FONOAUDIOLOGIA





O QUÊ	Reabilitação Fonoaudiológica
QUEM	Fonoaudiologia
PRA QUEM	Pacientes com critérios de admissão no SAD. pacientes com suspeita e diagnóstico de disfagia orofaríngea com necessidade de avaliação e/ou intervenção terapêutica.
QUANDO	Após internação hospitalar; após avaliação fonoaudiológica e sob prescrição médica.
ONDE	Domicílio
METODOLOGIA DE ATENDIMENTO	O atendimento é realizado em domicílio, na posição sentada no leito ou na cadeira, com à pessoa acordada, alerta e responsiva; O plano terapêutico é individual, estabelecido a partir da avaliação clínica, essas são: <ol style="list-style-type: none">A. Transporte do bolo alimentar e do líquido associado a biomecânica da deglutiçãoB. Aspectos oromiofuncionais eC. Aspectos cognitivos
COMO	Neste plano terapêutico, poderão ser abordadas as seguintes técnicas: <ul style="list-style-type: none">• Reabilitação da biomecânica da deglutição - etapas progressivas e associadas;• Manobras reabilitadoras;• Manobras facilitadoras para proteção de vias aéreas inferiores;• Técnicas vocais de coaptação e sustentação glótica para proteção de vias aéreas inferiores;





- Trabalhar sensibilidade e mobilidade associado à deglutição de saliva;
- Estimulação tátil/térmica/gustativa (ettg);
- Ettg+volume prescrito de treino;
- Liberação de via oral com volume e frequência na consistência prescrita associado à avaliação nutriconal;
- Manipulação de região de face e cervical - técnicas de força, amplitude, precisão, velocidade dos aspectos da biomecânica da deglutição associados à atividades cognitivas.
- Decanulação:

Paciente em uso de cânula de traqueostomia plástica com o cuff insuflado com prescrição médica para desmame.

Treino para desmame do cuff associado à avaliação da fisioterapia e plano terapêutico compartilhada.

Treino para desmame da cânula associado à avaliação da fisioterapia e plano terapêutico compartilhada.

Será considerado:

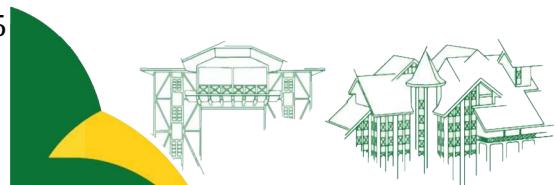
Estado clínico geral do paciente

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.

Na permanência progressiva de cuff desinsuflado - avaliação multiprofissional para retirada apos em geral e total de 48h desinsuflado

Na permanência progressiva de cânula metálica oclusa - avaliação multiprofissional para à troca de cânula e retirada apos em geral e total de 48h oclusa

3.1 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 paciente e/ou de seu familiar-cuidador;

3.2 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

O QUÊ	Consulta Medicina Avaliação inicial EMAD
QUEM	Médica
PRA QUEM	Pacientes com critérios de admissão no SAD
QUANDO	<ul style="list-style-type: none">• Na primeira avaliação do paciente encaminhado• Nas intervenções pactuadas no PTS• Intercorrências com a gravidade relativa ao SAD
ONDE	Domicílio
METODOLOGIA DE ATENDIMENTO	Atendimento e avaliação individual e clínica em domicílio
	Avaliação e construção do PTS <ul style="list-style-type: none">• Realizado em domicílio, as avaliações i) individual e ii) coletiva



COMO	respeitarão a conduta profissional e a pactuação com o paciente-família-cuidador-equipe, onde será determinará o que, porque, como e por quanto tempo será realizado.
COMPETÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none">• Relizar exame físico;• Solicitar exames complementares;• Encaminhar à médicos especialistas;• Interpretar resultados de exames;• Diagnósticar quadros clínicos;• Indicar terapias;• Prescrever medicamentos, insumos, materiais e vias;• Indicar internação hospitalar;• Encaminhar aos profissionais da EMAP;• Orientar sobre os cuidados aos cuidadores-familiares;• Esclarecer o diagnóstico ao paciente;• Discutir as pactuações entre equipes;• Elaborar a execução do PTS;• Contribuir com os encontros de Educação Permanente;• Realizar outras competencias privativas médicas descritas em legislações e protocolos vigentes;
BENEFÍCIOS ESPERADOS	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 ítem “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 fluxo habitual em suas respectivas equipes de UBS.

5. NUTRIÇÃO

O QUÊ	Consulta de Nutrição
--------------	----------------------



QUEM	Nutricionista
PRA QUEM	Pacientes com critérios de admissão no SAD
QUANDO	Na primeira avaliação do paciente encaminhado Nas intervenções pactuadas no PTS
ONDE	Domicílio
METODOLOGIA DE ATENDIMENTO	Atendimento e avaliação individual e clínica em domicílio
COMO	<p>ATENDIMENTO:</p> <ul style="list-style-type: none">• O atendimento é realizado em domicílio, com acompanhamento do cuidador. <p>AVALIAÇÃO:</p> <ul style="list-style-type: none">• A avaliação da nutrição será individualizada, a partir do quadro clínico, sinais, sintomas e queixas de cada paciente. A partir da qual será determinado a quantidade e frequência dos atendimentos, além dos objetivos do tratamento.
COMPETÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none">• Fazer avaliação e monitoramento nutricional periódica dos pacientes e determinar as necessidades nutricionais individualizadas;• Rastrear fatores de risco nutricional;• Estimar a necessidade nutricional individual;• Elaborar a prescrição dietética;• Acompanhar a aceitação, evolução, resultados e necessidades de eventuais ajustes na dieta;• Criar estratégias para adesão do paciente e da família ao tratamento;• Discutir e avaliar com equipe EMAD a necessidade de pedidos de exames complementares quando necessário;• Orientar os procedimentos de preparo, manipulação,



	<p>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;</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
BENEFÍCIOS ESPERADOS	<ul style="list-style-type: none">• Recuperar e/ou manter o estado nutricional, com o fornecimento de aporte adequado de nutrientes;• 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 crônicas-degenerativas; Conscientizar o paciente e a família quanto à importância do tratamento nutricional;• Prevenir transtornos gastrointestinais.

5.1. CONSIDERAÇÕES

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 (úlcera por pressão e epidermólise bolhosa); Disfagia: R13; Orifícios Artificiais (ostomias).

6. PSICOLOGIA

O QUÊ	Atendimento de Psicologia



QUEM	Psicóloga
PRA QUEM	Pacientes e familiar dos mesmos com critérios de admissão no SAD
QUANDO	<ul style="list-style-type: none">• Na primeira avaliação do paciente encaminhados e discutidos com equipe EMAD;• Nas intervenções pactuadas no PTS.
ONDE	<ul style="list-style-type: none">• Domicílio (paciente);• Sala de atendimento do serviço SAD (cuidador que consiga deslocamento).
METODOLOGIA DE ATENDIMENTO	<ul style="list-style-type: none">• Ofertar acolhimento e escuta ativa aos pacientes e familiares/cuidadores;• Realizar avaliação acerca dos aspectos psicológicos, como também levantamento de demandas em psicologia;• Realizar atendimento e orientação psicológicos, em domicílio ou online, ao paciente, cuidador e/ou familiar principal;• Realizar atendimento compartilhado com outros profissionais da equipe SAD;• Promover ações de humanização;• Acompanhar familiares no processo de alta do serviço, inclusive em caso de óbito do paciente;• Promover grupos de cuidadores/familiares dos pacientes do serviço SAD;
COMO	<ul style="list-style-type: none">• Ofertar atenção psicológica aos pacientes, cuidadores/familiares;
	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar atitude do paciente e/ou familiares diante do processo de adoecimento; estratégias de enfrentamento e presença de fatores emocionais e comportamentais que prejudiquem o prognóstico ou adesão ao tratamento;• Investigar psicopatologia prévia e fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais;



COMPETÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none">• Trabalhar o impacto do adoecer, aceitação, sensibilização para o autocuidado e adaptação a nova rotina;• Trabalhar comunicação e compreensão entre paciente, familiar/cuidador e equipe;• valorizar a pessoa em suas potencialidades e individualidade;• Ofertar apoio emocional em grupo, orientações, levantamento de demandas e possíveis encaminhamentos a outros serviços de saúde ;• Trabalhar adesão dos pacientes aos tratamentos e contribuir para facilitação de tais processos;• Criar estratégias de enfrentamento e presença de fatores emocionais e comportamentais que prejudiquem o prognóstico ou adesão ao tratamento, levando em consideração o funcionamento psíquico;• Realizar estudos de caso com equipes intersetoriais.• Criar estratégias sobre a conduta a ser tomada em pacientes paliativos, guiada para o conforto e para a preservação da dignidade do paciente, dentro dos limites do núcleo familiar e dos recursos existentes.
BENEFÍCIOS ESPERADOS	<ul style="list-style-type: none">• Prevenir reações psíquicas desadaptativas e proporcionar alívio dos sintomas psíquicos;• Facilitar a adesão ao tratamento, com a colaboração do paciente e familiares;• Facilitar processos de comunicação entre paciente, familiar e equipe de saúde;• Amenizar e/ou evitar fatores de risco ao luto complicado.

6.1 ENCAMINHAMENTOS A OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

Os cuidadores que apresentarem demandas psíquicas (sinais/sintomas) externas à condição do adoecimento do paciente e, que assim, precisarão de sessões sistematizadas e contínuas para acompanhamento de seu quadro, serão avaliados pela psicologia do SAD, com fins ao encaminhamento ao serviço Ambulatório de Saúde Mental (AMENT) ou outro serviço da rede.

6.2 CRITÉRIOS DE ALTA E EXCLUSÃO DA PSICOLOGIA



O acompanhamento psicológico será encerrado quando:

- O paciente/familiar não apresentar mais desejo de ser atendido;
- O paciente/familiar não apresentar mais condições de ser atendido;
- O psicólogo considerar que não há mais demanda de acordo com os objetivos do acompanhamento;

7. ASSISTÊNCIA SOCIAL

O QUÊ	Visitas para pacientes e cuidadores pela Assistente Social
QUEM	Assistente Social
PRA QUEM	Pacientes com critérios de admissão no SAD
QUANDO	<ul style="list-style-type: none">• Nas intervenções pactuadas no PTS.
ONDE	<ul style="list-style-type: none">• Domicílio
METODOLOGIA DE ATENDIMENTO	<ul style="list-style-type: none">• Atendimento domiciliar: atendimento individualizado em domicílio;• 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.
	<ul style="list-style-type: none">• Ofertando atenção social aos pacientes,



COMO	cuidadores/familiares, com o intuito orientar
	<ul style="list-style-type: none">• Respeitar os princípios da assistência domiciliar, buscando estratégias para aprimorá-los;• Participar e/ou nuclear grupos de educação para a saúde;• Fornecer esclarecimentos e orientações à família, principalmente na parte de direitos e deveres sociais;• Orientações e encaminhamentos para outras políticas públicas;• Desenvolver em conjunto com outros profissionais SAD, grupos de suporte com cuidadores;• Realizar reuniões com usuário e família para planejamento e avaliações com foco no cuidado dos pacientes;• Otimizar a realização do plano assistencial;• Fazer abordagem familiar, considerando o contexto socioeconômico e cultural em que a família se insere;• Dar apoio à família nos casos de óbito dos usuários;
COMPETÊNCIAS	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar a condição e infraestrutura física do domicílio;• Acompanhar o usuário conforme plano de assistência traçado pela equipe e família;• Pactuar concordância da família com o SAD;• Buscar garantir assistência integral, resolutiva e livre de danos ao usuário SAD;• Trabalhar as relações familiares na busca pela harmonia, otimizando as ações para um ambiente familiar terapêutico;• Encaminhar casos aos centros de referência em Assistência Social, quando usuários estiverem situação de risco social ou tiveram seus direitos violados.• Produzir materiais de apoio técnico e pedagógico para cuidadores;



BENEFÍCIOS ESPERADOS	<ul style="list-style-type: none">• Auxiliar os pacientes a acessar benefícios sociais;• Facilitar a adesão ao tratamento, com a colaboração do paciente e familiares;• Atuar nas prevenção das situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;
-----------------------------	---

ANEXO V

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 move 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 arroxeadas, salivação intensa, lábios e dentes cerrados. liberação esfíncter 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.	Hiperglicemias	glicemias capilar maior que 250, acompanhada de sinais e sintomas como: fraqueza, náuseas, hábito 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.	Hipoglicemias	Glicemias capilar menor que sessenta, com sinais e sintomas de hipoglicemias 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	Espíritos 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 08h30 às 16h30 no 1º andar da policlínica.

ANEXO VI



**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE ESTADO DE SANTA CATARINA
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO
CENTRAL ESTADUAL DE TRANSFERÊNCIAS INTER HOSPITALARES**

**CHECKLIST TRANSPORTE SEGURO
SERVIÇO MELHOR EM CASA**

DADOS DO PACIENTE

NOME _____ **DATA DA SOLICITAÇÃO:** _____ / _____ / _____

CNS: _____ **DN:** _____ **IDADE:** _____ **F() M()**
_____ :

CPF: _____ **RG:** _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

DIAGNÓSTICO:

HOSPITAL: HOSPITAL AZAMBUJA

MÉDICO/ENFERMEIRO QUE ACEITOU:

TIPO DE PRECAUÇÃO

PADRÃO () CONTATO () RESPIRATÓRIA () Motivo da precaução:

COVID: NEGATIVO () POSITIVO () NÃO TESTADO (X) MÉTODO: ANTÍGENO () PCR ()

DATA DO TESTE: VACINA COVID19: SIM () QUANTAS DOSES? NÃO ()

-D456-C4C2

RICARDO ALEXANDRE FREITAS

Assinado por 1 pessoa: Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/3E30-4C21>

DISPOSITIVOS INVASIVOS

SNE		ACESSO VENOSO CENTRAL	LOCA L:	MSE	DVE	
SNG					OUTROS:	
SVD						
TOT/TQT						

**MEDICAÇÕES EM BOMBA DE INFUSÃO (DVA,
sedação)**

DROGA	VAZÃO	OUTROS (ESPECIFICAR DROGAS E VAZÃO):



SUporte VENTILATÓRIO

SUporte O2 ()	CATETER ()	MÁSCARA RESERVATÓRIO ()	OUTROS:
----------------	-------------	--------------------------	---------

VM () FiO2: PEEP: Modo ventilatório: PCV: FR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO TRANSPORTE: BAIXO () MÉDIO () ALTO ()

SINAIS VITAIS

DISFUNÇÃO RENAL AGUDA:	NÃO () SIM ()	PPS PRÉVIO (Funcionalidade): _____
------------------------	--------------------	------------------------------------

URGÊNCIA DIALÍTICA? () NÃO () SIM

PA: / mmHg	FC: bpm	SPO2: %	TEMP:	FR: rpm
------------	---------	---------	-------	---------

PESO: KG	ALTURA: cm	HGT: mg/dl
----------	------------	------------

COMORBIDADES:

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL:

ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

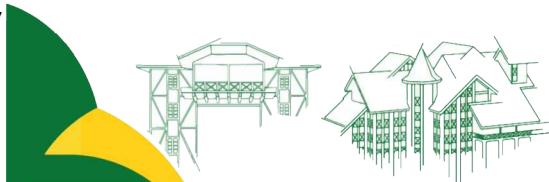
SETOR DO MÉDICO/ ENFERMEIRO: SERVIÇO MELHOR EM CASA

TELEFONE SETOR DE ORIGEM: 3306-9308

MÉDICO/ENFERMEIRO SOLICITANTE:

- () NOME MÉDICO CRM -
() NOME ENFERMEIRO COREN-
() NOME ENFERMEIRO COREN-

CARIMBO DO PROFISSIONAL

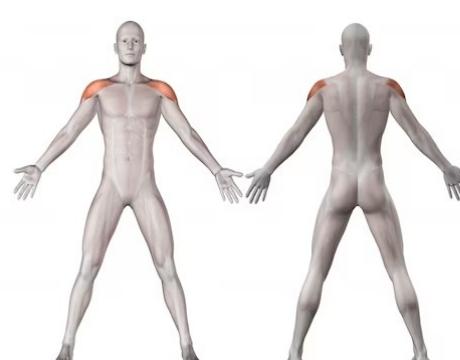




ANEXO VII

FICHA AVALIAÇÃO DE LESÕES

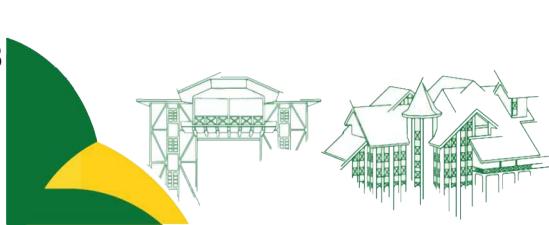
Nome:		UBS:	
DN:	Idade:	Peso:	Altura:
FATORES DE RISCO			
Tempo da lesão _____			
Doenças associadas			
DM ()	HAS ()	Neoplasia ()	Doença Vascular ()
Outros ()			
Tabagista Sim ()	Não ()		
Etilista Sim ()	Não ()		
Desnutrição Sim ()	Não ()		
Em acompanhamento nutricional Sim () Não ()			
Higiene Boa ()	Regular ()	Ruim ()	
Mobilidade Acamado ()	Parcialmente dependente ()	Independente ()	

CARACTERÍSTICAS DA LESÃO Comprimento _____ Largura _____ Profundidade _____ Grau: I () II () III () IV () não classificável () Tecido Necrose () Granulação () Epitelizado () Exsudato Seroso () Sanguinolento () Serosanguinolento () Seropurulento () Purulento () Quantidade de exsudato Leve () Moderada () Intensa () Sinais e Sintomas de Infecção Ausente () Presente () Borda Aderida () Não aderida () Macerada () Epíbole () Conduta: Profissional: Nº Conselho:	LOCALIZAÇÃO  Data avaliação inicial: _____ / _____ / _____ Reavaliar em: _____
---	--

Assinado por 1 pessoa: RICARDO ALEXANDRE FREITAS
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/3B30-4C21-D456-C4C2>

Assinado por 1 pessoa: RICARDO ALEXANDRE FREITAS
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/3B30-4C21-D456-C4C2>

Assinado por 1 pessoa: RICARDO ALEXANDRE FREITAS
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/3B30-4C21-D456-C4C2>





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 Abril de 2025.

Elaborado por

Equipe Multiprofissional EMAD e EMAP – SAD BRUSQUE

Coordenador do Serviço – CRISTIAN HAAG

Diretora de Especialidades – INAJA GONCALVES DE ARAUJO



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3B30-4C21-D456-C4C2

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ RICARDO ALEXANDRE FREITAS (CPF 620.XXX.XXX-72) em 16/06/2025 16:08:42 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Esta versão de verificação foi gerada em 16/06/2025 às 16:08 e assinada digitalmente pela MUNICIPIO DE BRUSQUE:83102343000194 para garantir sua autenticidade e inviolabilidade com o documento que foi assinado pelas partes através da plataforma 1Doc, que poderá ser conferido por meio do seguinte link:

<https://brusque.1doc.com.br/verificacao/3B30-4C21-D456-C4C2>