



## **NOTA TÉCNICA CAB/SEABEVS Nº 01/2024**

### **Assunto: Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD)**

Última atualização: 06.01.25

#### **1. INTRODUÇÃO**

1.1 O Ministério da Saúde, através da Nota Técnica Nº 10/2023 CGADOM/DAHU/SAES/MS, disponibilizou um novo instrumento de avaliação da elegibilidade e complexidade da Atenção Domiciliar para as Equipes Multiprofissionais da Atenção Domiciliar (EMAD), Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) e os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que tenham interface com o Programa Melhor em Casa.

#### **2. OBJETIVO**

2.1 O Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD) ou IAEC-AD tem o objetivo de direcionar o profissional, durante a avaliação, a eleger a modalidade de atenção domiciliar.

#### **3. APLICAÇÃO**

3.1 Os serviços da atenção domiciliar por meio das EMAD e EMAP deverão identificar paciente elegível para os serviços de atenção domiciliar do Programa Melhor em Casa.

3.2 Para realização da transição do cuidado, os serviços da rede de atenção à saúde, ou seja, hospitais, UBS e serviços de urgência e emergência, deverão identificar o paciente elegível para os serviços de atenção domiciliar do Programa Melhor em Casa.

3.3 No IAEC-AD há três tópicos a serem observados: Indicações Clínicas mais frequentes para AD2/AD3, Sistema de Pontuação e Pontuação Final:

##### **3.2.1 Indicações Clínicas mais frequentes para AD2/AD3:**

Neste campo são apresentadas opções para definir a principal indicação clínica do paciente. Essas opções têm características de cuidados clínicos mais frequentemente associados às modalidades AD2 e AD3. O profissional poderá selecionar uma ou mais das opções apresentadas neste critério.



### 3.2.2 Sistema de Pontuação:

O sistema de pontuação é composto por:

- **Indicações Clínicas especiais ou Gatilhos:** A presença de qualquer das opções confere 05 pontos ao score e automaticamente classifica o usuário como AD2 ou AD3, independente da pontuação final;
- **Uso do Sistema de Saúde:** Haverá pontuação específica para o histórico de três meses em relação à internação hospitalar (total de 05 pontos); frequência de procura por serviços de urgência (03 pontos); e tempo de permanência hospitalar (03 pontos);
- **Vulnerabilidade Social:** Neste item, o profissional deverá calcular a relação morador-cômodo, totalizando um total de 02 pontos; Suporte Familiar/Cuidado: Em seguida, identificar o suporte familiar/cuidador, com um total de 01 ponto;
- **Funcionalidade:** Neste momento, o profissional irá selecionar o campo, considerando a idade do paciente (menor que sete anos e maior que sete anos, adultos e idosos), para identificação do grau de funcionalidade, de acordo com sua faixa etária, totalizando 6 pontos para cada dimensão funcional (em anexo);
- **Polifarmácia:** Nesta dimensão, o profissional deverá avaliar o uso de cinco ou mais medicações de uso contínuo, diariamente, totalizando 1 ponto.

### 3.2.3 Pontuação Final:

Ao realizar a somatória das dimensões avaliadas, o profissional irá identificar a modalidade de atenção domiciliar e determinar a elegibilidade do usuário ao Programa Melhor em Casa, de acordo com os pontos de corte citados abaixo:

- AD1: até 9 pontos;
- AD2: de 10 a 15 pontos;
- AD3: Maior ou igual a 16 pontos.

## 4. REGISTRO DOS DADOS (somente para os Serviços de Atenção Domiciliar por meio das EMAD e EMAP)

4.1 As seguintes etapas são obrigatórias para apenas para os Serviços de Atenção Domiciliar (EMAD e EMAP):

- 1º: Todas as equipes do Programa Melhor em Casa deverão utilizar o Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD) anexado a esta Nota Técnica;

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SECRETARIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA, ESPECIALIDADES E VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
COORDENADORIA DA ATENÇÃO BÁSICA



- 2º: Armazenamento no prontuário o IAEC-AD;
- 3º: Preencher a Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão no e-SUS anexada a esta Nota Técnica.

## 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. **NOTA TÉCNICA Nº 10/2023-CGADOM/DAHU/SAES/MS**. Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD). Disponível em: [Nota Técnica Instrumento da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar \(3\).pdf](#). Acesso em 23 de outubro de 2023.

INDICAÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES PARA AD2/AD3		
<p>Selecione uma ou mais das seguintes opções para definir a principal indicação clínica do paciente.</p>	<input type="checkbox"/> 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.	
	<input type="checkbox"/> Lesão de pele de difícil manejo pela equipe assistente que requeira avaliação semanal em domicílio, além do possível uso de coberturas especiais.	
	<input type="checkbox"/> Reabilitação multiprofissional com possibilidade de ganho funcional, e especialmente após cirurgia de grande porte, evento agudo, fratura ou hospitalização prolongada.	
	<input type="checkbox"/> Uso de antibioticoterapia parenteral domiciliar ou outra medicação parenteral seriada, desde que haja mínima estabilidade clínica para permanência no domicílio.	
	<input type="checkbox"/> Prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal.	
	<input type="checkbox"/> Nenhuma das condições acima.	
SISTEMA DE PONTUAÇÃO		
INDICAÇÕES CLÍNICAS ESPECIAIS OU GATILHOS		Pontuação
<p>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).</p>	<input type="checkbox"/> AD2: Necessidade diária de curativos complexos e/ou medicação parenteral (MEV/SC - exceto insulina) – 5 pontos	
	<input type="checkbox"/> 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
<p>Histórico de internação hospitalar nos últimos três meses.</p>	<input type="checkbox"/> Nenhuma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 0 ponto	
	<input type="checkbox"/> Pelo menos uma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 1 ponto	
	<input type="checkbox"/> Duas ou mais internações hospitalares nos últimos 3 meses – 2 pontos	
	<input type="checkbox"/> Pelo menos uma internação em UTI nos últimos 3 meses – 4 pontos	
<p>Frequência de procura por serviços de urgência nos últimos três meses (SAMU, UPA, Pronto-Socorro)</p>	<input type="checkbox"/> Nenhuma procura por serviço de urgência nos últimos 3 meses – 0 ponto	
	<input type="checkbox"/> Procurou por serviço de urgência 02 vezes nos últimos 3 meses – 1 ponto	
	<input type="checkbox"/> Procurou por serviço de urgência de 03 a 04 vezes nos últimos 3 meses – 2 pontos	
	<input type="checkbox"/> Procurou por serviço de urgência 05 ou mais vezes nos últimos 3 meses – 3 pontos	
<p>Tempo de permanência hospitalar nos últimos três meses. Considerar o maior período no caso de múltiplas internações prévias.</p>	<input type="checkbox"/> Sem história de internação prévia – 0 ponto	
	<input type="checkbox"/> Até 07 dias – 1 ponto	
	<input type="checkbox"/> De 07 a 30 dias – 2 pontos	
	<input type="checkbox"/> Mais de 30 dias – 3 pontos	
VULNERABILIDADE SOCIAL		Pontuação
<p>Relação morador-cômodo: divida o número demoradores pelo número de cômodos, selecionando a opção apropriada.</p>	<input type="checkbox"/> Menor que 01 – 0 ponto <input type="checkbox"/> Igual a 01 – 1 ponto <input type="checkbox"/> Maior que 01 – 2 pontos	
SUPORTE FAMILIAR/CUIDADO		Pontuação
<p>Identifique o suporte de cuidado, seja da família ou de cuidadores.</p>	<input type="checkbox"/> Paciente com suporte familiar adequado – 0 ponto <input type="checkbox"/> 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.		
<p>Para crianças de até 07 anos</p>	<p>Em relação ao desenvolvimento neuropsicomotor</p>	<input type="checkbox"/> Acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 0 ponto <input type="checkbox"/> Não acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 6 pontos
<p>Para crianças maiores de 07 anos, adultos e idosos</p>	<p>Capacidade para tomar banho</p>	<input type="checkbox"/> Independente – 0 ponto <input type="checkbox"/> Dependente parcial – 1 ponto <input type="checkbox"/> Dependente completo – 2 pontos
	<p>Capacidade para alimentar-se</p>	<input type="checkbox"/> Independente – 0 ponto <input type="checkbox"/> Dependente parcial – 1 ponto <input type="checkbox"/> Dependente completo – 2 pontos
	<p>Capacidade para locomover-se</p>	<input type="checkbox"/> Independente – 0 ponto <input type="checkbox"/> Dependente parcial – 1 ponto <input type="checkbox"/> Dependente completo – 2 pontos
POLIFARMÁCIA		Pontuação
<p>Uso de cinco ou mais medicações de uso contínuo, diariamente</p>	<input type="checkbox"/> Não – 0 ponto <input type="checkbox"/> 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

# AVALIAÇÃO DE ELEGIBILIDADE E ADMISSÃO (para uso exclusivo de SAD)

DIGITADO POR:	DATA: / /
CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	/ /
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES	INE	TURNO: * (M) (T) (N)
_____	_____	_____	_____	

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO**

CNS OU CPF DO CIDADÃO* _____	DATA NASC.:* / /	SEXO:* <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
------------------------------	------------------	--

**PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)\***

Atenção Básica  
  Internação hospitalar  
  Urgência e emergência  
  CACON/UNACON  
  Iniciativa do paciente ou terceiros  
  Outros

**CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)**

<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Adaptação ao uso de órtese/prótese
<input type="checkbox"/> Domiciliado	<input type="checkbox"/> Reabilitação domiciliar
<input type="checkbox"/> Úlceras/feridas (grau III ou IV)	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos oncológicos
<input type="checkbox"/> Acompanhamento nutricional	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos não oncológicos
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasogástrica - SNG	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia domiciliar
<input type="checkbox"/> Uso de sonda nasoenteral - SNE	<input type="checkbox"/> Uso de traqueostomia
<input type="checkbox"/> Uso de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica
<input type="checkbox"/> Uso de colostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - CPAP
<input type="checkbox"/> Uso de cistostomia	<input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo - BIPAP
<input type="checkbox"/> Uso de sonda vesical de demora - SVD	<input type="checkbox"/> Diálise peritoneal
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pré-operatório	<input type="checkbox"/> Paracentese
<input type="checkbox"/> Acompanhamento pós-operatório	<input type="checkbox"/> Medicação parenteral

CID-10 (principal)* _____	CID-10 (secundário) _____	CID-10 (secundário) _____
---------------------------	---------------------------	---------------------------

**CONCLUSÃO/DESTINO \***

ELEGÍVEL: (ver legenda) <input type="radio"/> AD 1 <input type="radio"/> AD 2 <input type="radio"/> AD 3	<input type="radio"/> INELEGÍVEL
<input type="radio"/> Admissão na própria Emad	<input type="checkbox"/> Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua
<input type="radio"/> Encaminhado para outra Emad	<input type="checkbox"/> Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência
<input type="radio"/> Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)	<input type="checkbox"/> Outro motivo clínico
<input type="radio"/> Outro encaminhamento	<input type="checkbox"/> Ausência de cuidador (em casos com necessidade)
	<input type="checkbox"/> Outras condições sociais e/ou famil. impeditivas do cuidado domiciliar

**IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO PARA ADMISSÃO**

NOME COMPLETO:\*\* \_\_\_\_\_

NOME SOCIAL: \_\_\_\_\_

RAÇA/COR:\*\*  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena      Etnia:\*\* \_\_\_\_\_      Nº NIS (PIS/Pasep) \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA MÃE:\*\* \_\_\_\_\_  
 Desconhecido

NOME COMPLETO DO PAI:\*\* \_\_\_\_\_  
 Desconhecido

NACIONALIDADE:\*\*  Brasileira  Naturalizado  Estrangeiro      PAÍS DE NASCIMENTO:\*\* \_\_\_\_\_      DATA DE NATURALIZAÇÃO:\*\* / /

PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:\*\* \_\_\_\_\_      MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:\*\* \_\_\_\_\_

DATA DE ENTRADA NO BRASIL:\*\* / /      E-MAIL: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA**

CEP:**	MUNICÍPIO:**	UF:**
BAIRRO:**	TIPO DE LOGRADOURO:**	NOME DO LOGRADOURO:**
NÚMERO:** <input type="radio"/> Sem número	COMPLEMENTO:	PONTO DE REFERÊNCIA:

**TELEFONES PARA CONTATO**

TEL. RESIDÊNCIA: ( ) _____	TEL. CONTATO: ( ) _____
----------------------------	-------------------------

**CUIDADOR**

<input type="radio"/> Não possui <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a)/Enteado(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Avô/Avó <input type="radio"/> Neto(a) <input type="radio"/> Irmão(ã) <input type="radio"/> Outro	CNS OU CPF DO CUIDADOR _____
--	---------------------------------

**Legenda:**  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

**Modalidade de AD:** destinada a usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. **AD 1:** usuários que necessitam de cuidados de menor intensidade, devendo ser acompanhados regularmente pela equipe de atenção básica. **AD 2:** usuários que necessitam de cuidado intensivo, com visitas, no mínimo, semanais. **AD 3:** usuários com os critérios de AD2 com agregação de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica e paracentese). \*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório para cadastro de cidadãos admitidos na própria Emad

\*\*\*Condicionado à resposta anterior