

2026

MANUAL DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA

1ª Edição - Vol. 1

Secretaria Municipal de Saúde

JULHO/2026

GESTÃO

Paulo Ney de Castro Júnior
Prefeito

Eduardo Infante Januzzi de Carvalho
Vice-Prefeito

José Gabriel Pontes Baeta da Costa
Secretário Municipal de Saúde

Michelle Cristina Bertozzi
Secretária Adjunta de Saúde

Alisson Barbosa Silva
Diretor do Departamento de Atenção à Saúde

Morgana Cristina Batista
Coordenadora do Programa Melhor em Casa

AUTORES:

Amanda Pepita da Silva
Enfermeira

Alexssandra dos Santos Souza
Enfermeira

Beatriz Helena Martins Lusvarghi
Médica

Camila de Jesus Saqueli
Fisioterapeuta

Claudia Regina Lourenço
Assistente Técnica de Enfermagem

Eliane de Martins Alves
Fonoaudióloga

Eliza de Souza Sampaio
Nutricionista

Emilene Moras Pinheiro
Enfermeira

Fabício Francisco Pulhiezi

Enfermeiro

Geane Oliveira da Silva

Assistente Técnico de Enfermagem

Julia Caroline Ribeiro Araujo

Médica

Juliana Ferreira Bertozzi

Fonoaudióloga

Lara Santicioli Chagas de Freitas

Fisioterapeuta

Lilian Domingos Brizola

Assistente Administrativo

Lorena Louise Teixeira

Enfermeira

Luciana Santos Félix

Técnica de Enfermagem

Márcio Antônio Lisboa

Técnico de Enfermagem

Morgana Cristina Batista

Coordenadora da Divisão do Programa Melhor em Casa e Assistente Social

Natália Evangelista da Silva

Fisioterapeuta

Neusa Aparecida de Oliveira

Técnica de Enfermagem

Roberta Ângela Lopes Dominguite

Fisioterapeuta

Rodrigo Ferreira Carvalho

Psicólogo

Rosimeire Rodrigues

Técnica de Enfermagem



Tarcísio Nema de Aquino

Coordenador Geral da Atenção Domiciliar e Fisioterapeuta

Thiago Henrique de Souza

Médico

COLABORADORES:

Caio Dias Figueiredo

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Camila Paula Rodrigues

Coordenadora da Divisão do Núcleo de Especialidades

Diogo Terra Ferreira

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Emanuel Cheung de Lima

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Enrico Costacurta Cunha

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Gabriel Bernardo de Melo Passos

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

João Grieco Sanchez

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Larissa Melo Oliva

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Livia Ribeiro Miranda

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Lucas Vieira Dias

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Luisa Martins Dalmolin

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Rafael Marconi Teixeira de Oliveira

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Rosilene de Oliveira Faria

Servidora Pública da Prefeitura Municipal de Poços de Caldas/MG



Sthella Maciel Leite Penha Souza

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

Taynara Maria Gomes dos Santos

Discente do 10º período de Medicina - PUC Minas *Campus* Poços de Caldas/MG

SUMÁRIO

Tarefa: Encaminhar os pacientes da rede especializada para admissão no Programa Melhor em Casa/SAD.....	9
Anexo - Referência para o PMeC.....	11
Tarefa: Avaliar a elegibilidade dos pacientes da RAS para admissão Programa Melhor em Casa/SAD.....	13
Anexo - IAEC-AD.....	15
Anexo E - Relatório de Devolutiva do Programa Melhor em Casa.....	16
Tarefa: Admissão no PMeC/SAD.....	18
Anexo 1 - Fluxograma de Admissão.....	20
Anexo - Anexo A.....	21
Anexo - Anexo B.....	22
Tarefa: Avaliação de Pacientes para Desospitalização pela equipe do Programa Melhor em Casa.....	24
Tarefa: Acolhimento e Admissão de Usuários no Programa Melhor em Casa..	27
Tarefa: Checklist Hospitalar para Admissão no Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD).....	30
Anexo - Check List para Alta Hospitalar.....	33
Tarefa: Realizar teleatendimento aos pacientes e/ou cuidadores vinculados ao Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD), com finalidade de acompanhamento clínico, orientação, monitoramento e suporte à continuidade do cuidado.....	35
Anexo - Termo de Consentimento para Atendimento Telessaúde no PMeC de Poços de Caldas.....	38
Tarefa: Padronizar a forma de organização dos prontuários físicos da sede dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa (PMeC).....	39
Anexo - Prontuário Sede.....	41
Tarefa: Padronizar a forma de organização dos prontuários físicos da sede dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa (PMeC).....	49
Anexo - Prontuário Domiciliar.....	51
Tarefa: Montagem da Bolsa de Urgência e Emergência (U/E).....	61
Tarefa: Procedimento para Higienização das Mãos.....	63
Anexo - Lavagem de mãos.....	66
Tarefa: Realizar a seleção, paramentação, utilização e desparamentação adequadas dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) durante o atendimento domiciliar, conforme o tipo de procedimento e o risco de exposição.....	67

Tarefa: Procedimento para Realização de Aferição de Pressão Arterial.....	70
Tarefa: Procedimento para Realização de Aferição da Temperatura Axilar.....	74
Tarefa: Procedimento para Realização de Aferição da Glicemia Capilar;.....	76
Tarefa: Procedimento para aferição da Frequência Respiratória.....	78
Tarefa: Procedimento para Realização de Aferição de Frequência Cardíaca....	80
Tarefa: Cateterismo Vesical de Demora.....	82
Tarefa: Realização de Cateterismo Vesical de Alívio.....	86
Tarefa: Realização de Sondagem Nasoenteral/Nasogástrica.....	90
Tarefa: Administração de medicação por ordem verbal.....	93
Tarefa: Estabelecer diretrizes para nortear os cuidados com Gastrostomia /Jejunostomia em pacientes do PMeC.....	95
Tarefa: Administração de medicamentos via intramuscular.....	98
Tarefa: Administração de medicamentos via subcutânea.....	105
Tarefa: Procedimento para Preparo de Injeção.....	105
Tarefa: Procedimento para Realização de de Punção de Acesso Venoso Periférico (utilizando cateteres flexíveis ou agulhados).....	109
Tarefa: Procedimento para Realização de Hipodermóclise.....	112
Tarefa: Procedimento para Coleta de Sangue Venoso.....	116
Tarefa: Realização de Curativo de Ferida Cirúrgica Limpa.....	119
Tarefa: Realização de Curativo de Ferida Cirúrgica Aberta/LPP.....	123
Tarefa: Procedimento para Realização de Retirada de Pontos.....	127
Tarefa: Realização de Reanimação Cardiopulmonar – Suporte Básico de Vida... 131	
Tarefa: Estabelecer os critérios indicativos de Sedação Paliativa em Domicílio e sua execução nos pacientes em Cuidados Paliativos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa.....	135
Anexo - Fluxograma para tomada de decisão de sedação paliativa em domicílio.. 138	
Tarefa: Estabelecer critérios, etapas e responsabilidades para a decanulação segura de pacientes com traqueostomia, garantindo segurança respiratória, redução de complicações e padronização do cuidado.....	140
Anexo - Fluxograma para processo de decanulação do paciente traqueostomizado.....	144
Tarefa: Dispositivo respiratório ideal para uso de acordo com patologia.....	145
Tarefa: Ventilação mecânica não invasiva em domicílio em paciente adulto e pediátrico.....	147
Tarefa: Ventilação mecânica invasiva em domicílio em paciente adulto e pediátrico.....	150
Tarefa: Oxigenoterapia.....	153
Tarefa: Ficha de Avaliação Fisioterapêutica.....	155

Anexo - Ficha de Avaliação Fisioterapêutica Adulto.....	157
Tarefa: Processo de transição de terapia nutricional enteral via oral.....	159
Anexo – Quantificação da dieta ingerida pelo paciente.....	164
Tarefa: Indicação, início e desmame de terapia nutricional enteral.....	165
Tarefa: Manejo de Hiperglicemia em Pacientes em Terapia Nutricional Enteral...	170
Tarefa: Identificação, manejo e monitoramento de episódios de náuseas e vômitos em pacientes em uso de terapia nutricional enteral.....	173
Tarefa: Manejo de Diarreia em Terapia Nutricional Enteral.....	176
Anexo - Manejo de Diarréia durante a terapia nutricional enteral.....	180
Tarefa: Manejo de Constipação em Terapia Nutricional Enteral.....	181
Tarefa: Identificação, manejo e prevenção da retirada não planejada de sonda enteral em pacientes em terapia nutricional.....	185
Tarefa: Prevenção, identificação de risco e manejo de situações que possam levar à pneumonia aspirativa em pacientes em terapia nutricional.....	189
Tarefa: Realização da triagem nutricional para identificação precoce de risco nutricional em pacientes domiciliados.....	191
Tarefa: Gerir a relação entre paciente, família e equipes EMAD e EMAP.....	195
Anexo- Anamnese Psicológica.....	197
Tarefa: Acolhimento e oferta do cuidado psicológico a pacientes e familiares assistidos pelo Programa Melhor em Casa.....	201
Tarefa: Promover ações e serviços assistenciais de cuidados paliativos.....	204
Tarefa: Teleatendimentos de Psicologia pelo Programa Melhor em Casa.....	208
Tarefa: Visita Domiciliar do Serviço Social – PMeC/SAD.....	210
Anexo - Ficha de Avaliação Social.....	213
Tarefa: Atendimento do Serviço Social aos Pacientes em Cuidados Paliativos e seus Familiares no Programa Melhor em Casa.....	215
Tarefa: Comunicação e Cooperação entre a Equipe do PMeC/SAD e a Rede de Atenção à Saúde (RAS).....	219
Tarefa: Articulação com Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS.....	223
Tarefa: Identificação, Encaminhamento e Acompanhamento de Famílias em Situação de Vulnerabilidade Social – Articulação PMeC/SAD e CRAS.....	228
Tarefa: Articulação PMeC/SAD com o Conselho Tutelar.....	232
Tarefa: Viabilizar e facilitar a assistência prestada pelo Programa Melhor em Casa e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).....	236
Anexo - Placa de Identificação Beira Leito.....	238
Tarefa: Padronizar os critérios de alta para os pacientes do Programa Melhor em Casa.....	239
Anexo - Fluxograma de Avaliação e Alta do Programa Melhor em Casa.....	241

Tarefa: Visita Pós Óbito.....	242
Tarefa: Encaminhamento para reabilitação na RAS.....	245
Anexo - Laudo Médico para Procedimentos de Alta Complexidade - APAC.....	247
Tarefa: Encaminhamento para Junta Reguladora.....	248
Tarefa: Encaminhamento para Especialidades.....	250
Tarefa: Solicitação de medicações.....	252
Anexo.....	254
Tarefa: Fluxo para solicitação de materiais.....	255
Tarefa: Fluxo para entrega de KIT material.....	257
Tarefa: Estabelecer fluxo de esterilização de instrumentais e desinfecção de material respiratório do PMeC;.....	259
Tarefa: Atuação dos Motoristas.....	262
Tarefa: Pesquisa de Satisfação do serviço prestado pela equipe do PMeC/SAD.....	264
Anexo - Pesquisa de Satisfação.....	268

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 001	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Encaminhar os pacientes da rede especializada para admissão no Programa Melhor em Casa/SAD

Executante: Hospital Municipal Margarita Morales, Hospital Municipal Vereador Gilberto de Matos, Unidade de Pronto Atendimento de Poços de Caldas, Hospital Santa Casa de Poços de Caldas, Hospital Santa Lúcia- Hospital do Coração de Poços de Caldas, Hospitais de rede privada e demais unidades de Saúde de outros municípios.

Resultado Esperado: Organizar o fluxo de encaminhamento dos serviços de urgência e emergência e dos hospitais para o Programa Melhor em Casa.

Evitar: Dúvidas no processo de referência para o programa.

Preparação Necessária: Fichas de encaminhamento e equipamentos.

PROCEDIMENTOS:

1. A instituição deverá realizar a análise do perfil do paciente a ser encaminhado ao Programa Melhor em Casa (PMeC).
2. Por meio da Ficha de Referência, em anexo, a instituição formalizará a solicitação de avaliação do paciente.
3. A equipe responsável pela avaliação comparecerá in loco para realizar a avaliação do paciente e recolher a Ficha de Referência.
4. Após a confirmação do perfil elegível, a equipe procederá ao agendamento da reunião familiar.
5. Os atendimentos subsequentes seguirão conforme estabelecido no respectivo Procedimento Operacional Padrão (POP).

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar. *Melhor em Casa: caderno de atenção domiciliar*. v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012

Autor: Natália Evangelista da Silva e Rosimeire Rodrigues



Anexo - Referência para o PMeC



Prefeitura Municipal de Poços de Caldas/ Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atenção Domiciliar/Programa Melhor em Casa - SAD/PMec

Referência para o SAD

**Nome:	
**CNS ou CPF:	**DN:
**Endereço:	
**Telefones:	
**Cuidador:	Parente () Particular () Conhecido ()
**Instituição que encaminha:	

****CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

**Paciente desospitalizado/desuperalizado?	() Sim () Não
**De onde?	Data da alta:
**Descrever o histórico clínico do paciente	
Doença de Base:	
HD:	
Medicamentos:	
Exame físico: Acamado () Domiciliado () Independente ()	
Exames complementares:	
**Motivo do encaminhamento:	

**Dispositivos:		**Sem dispositivos ()
SNE ()	CISTOSTOMIA ()	TQT METÁLICA ()
SNG ()	COLOSTOMIA ()	TQT PLÁSTICA ()
SVD ()	JEJUNOSTOMIA ()	CATETER O2 ()
SVA ()	GASTROSTOMIA ()	MÁSCARA O2 ()
URIPEN ()	DIFICULDADE DE DEGLUTIÇÃO ()	BIPAP ()
DRENOS ()	CATETER PORT-CATH ()	CATETER DESHYLLER ()
Outros:		

**Data da referência:	Fone de contato:
**Profissional que encaminha:	
**Registro Profissional nº:	

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 002	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Avaliar a elegibilidade dos pacientes da RAS para admissão Programa Melhor em Casa.

Executante: Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar (EMAD).

Objetivo Geral: Critérios de admissão dos pacientes da Rede de Atenção Primária em Saúde.

Resultado esperado: Assistência padronizada de cuidado domiciliar.

EVITAR: Dúvidas no processo de referência ao programa.

PREPARAÇÃO NECESSÁRIA: Fichas de encaminhamento e equipamentos.

PROCEDIMENTOS:

- 1) Recebimento da Ficha de Referência de pacientes provenientes do território com aceite do mesmo.
- 2) A visita de avaliação deverá ser realizada no prazo máximo de 72 horas após o aceite da Ficha de Referência anteriormente citada.
- 3) Para a avaliação, deverá ser utilizado como instrumento a Ficha de Avaliação de Elegibilidade e Admissão (IAEC-AD) em anexo.
- 4) Durante a visita de inclusão, deverão ser rigorosamente observados os critérios de elegibilidade estabelecidos.
- 5) Sendo o paciente considerado elegível, ele e seus cuidadores deverão ser informados de que a equipe administrativa entrará em contato para o agendamento da reunião de admissão.
- 6) Caso o paciente seja considerado inelegível, a família deverá ser devidamente informada, e deverá ser elaborado relatório de devolutiva (Anexo E) à Unidade Básica de Saúde responsável pelo usuário em anexo.

OBSERVAÇÕES: o instrumento deverá ser preenchido e anexado no prontuário.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. Melhor em Casa – Caderno de Atenção Domiciliar Vol. I. 2012. Brasília, DF.

Autor: Natália Evangelista da Silva e Rosimeire Rodrigues



Anexo - IAEC-AD

Medicare Casa Atendimento Domiciliar Versão: Set 2023		Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD)		SAES Secretaria de Atenção Especializada à Saúde POÇOS DE CALDAS	
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					
Selecione uma ou mais das opções a seguir. (A presença de qualquer uma delas já classifica o usuário como AD2 ou AD3, <u>INDEPENDENTE DA PONTUAÇÃO FINAL</u>).	☐ AD2: Necessidade diária de curativos complexos e/ou medicação parenteral (BME/ISC - exceto insulina) – 5 pontos				Pontuação
	☐ 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					
Histórico de internação hospitalar nos últimos três meses.	☐ Nenhuma internação hospitalar nos últimos 3 meses – 0 ponto				Pontuação
	☐ 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				Pontuação
	☐ 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				Pontuação
	☐ Até 07 dias – 1 ponto				
	☐ De 07 a 30 dias – 2 pontos				
	☐ Mais de 30 dias – 3 pontos				
VULNERABILIDADE SOCIAL					
Relação morador-cômodo: divida o número de moradores pelo número de cômodos, selecionando a opção apropriada.	☐ Menor que 01 – 0 ponto				Pontuação
	☐ Igual a 01 – 1 ponto				
	☐ Maior que 01 – 2 pontos				
SUPOORTE FAMILIAR/CUIDADO					
Identifique o suporte da cuidada, seja da família ou de cuidadores.	☐ Paciente com suporte familiar adequado – 0 ponto				Pontuação
	☐ Paciente com suporte familiar inadequado – 1 ponto				
FUNCIONALIDADE					
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			Pontuação
		☐ Não acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor – 5 pontos			
Para crianças maiores de 07 anos, adultos e idosos	Capacidade para tomar banho	☐ Independente – 0 ponto			Pontuação
		☐ Dependente parcial – 1 ponto			
		☐ Dependente completo – 2 pontos			
	Capacidade para alimentar-se	☐ Independente – 0 ponto			Pontuação
		☐ Dependente parcial – 1 ponto			
		☐ Dependente completo – 2 pontos			
Capacidade para locomover-se	☐ Independente – 0 ponto			Pontuação	
	☐ Dependente parcial – 1 ponto				
	☐ Dependente completo – 2 pontos				
POLIFARMÁCIA					
Uso de cinco ou mais medicações de uso contínuo, diariamente	☐ Não – 0 ponto				Pontuação
	☐ 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			



Melhor EDITORIAL
CASA

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery.



**Melhor em
CASA**
Atendimento domiciliar
em domicílio

Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Serviço de Atenção Domiciliar
Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade de Atenção: _____

Conclusão/Destino: Paciente modalidade AD __, estável hemodinamicamente.

À disposição para esclarecimentos
Poços de Caldas, ____/____/____

Profissional SAD: _____

Familiar Ciente: _____

Profissional ESF: _____

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 003	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Admissão no PMeC/SAD

Executante: Equipe Multidisciplinar de Assistência Domiciliar (EMAD) e Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP)

Objetivo Geral: Critérios de admissão seguindo o Protocolo de Elegibilidade.

Resultado esperado: Assistência padronizada de cuidado domiciliar

Evitar: Dúvidas no processo de referência ao programa.

PREPARAÇÃO NECESSÁRIA: Equipe devidamente capacitada para avaliar as ações e os cuidados realizados pela família e/ou cuidador no domicílio, identificar e analisar as necessidades do paciente, bem como planejar e definir a atuação do Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD).

PROCEDIMENTOS:

1. Após o recebimento do pedido de avaliação proveniente das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e hospitais conveniados ao SUS do município de Poços de Caldas–MG, a Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) — composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social ou fisioterapeuta — realiza a avaliação do paciente conforme o Protocolo de Elegibilidade.
2. Durante esse processo, é realizado contato presencial ou telefônico com a família e/ou cuidador para orientação quanto ao funcionamento do programa, suas condições, benefícios do cuidado domiciliar e apoio ofertado pelo PMeC/SAD.
3. Realiza-se reunião familiar para pactuação do cuidado compartilhado entre o PMeC/SAD e a família, verificando-se se esta se encontra apta à realização dos cuidados necessários (tais como manejo de traqueostomia, ventilação, sondagens, administração de medicações e cuidados gerais). Após essa etapa, formaliza-se a

adesão ao programa por meio da assinatura do Termo de Admissão (Anexo B).

4. Posteriormente à avaliação clínica e social, poderá ser solicitada, quando necessário, a avaliação da Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), composta por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo.
5. Elabora-se o Plano Terapêutico Singular (PTS), no qual são definidos e discutidos os cuidados a serem executados pelo PMeC/SAD e pela família e/ou cuidadores, bem como possíveis pactuações com as demais Redes de Atenção à Saúde.
6. *Em qualquer modalidade de atendimento pelas equipes do PMeC/SAD, será necessário um responsável de referência, podendo este ser o próprio usuário, caso aprovado pela equipe.*

REFERÊNCIAS:

CADERNO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – Melhor em Casa. Ministério da Saúde. Volume 1. Brasília – DF. 2013.

CADERNO DE ATENÇÃO DOMICILIAR – Melhor em Casa. Ministério da Saúde. Volume 2. Brasília – DF. 2013.

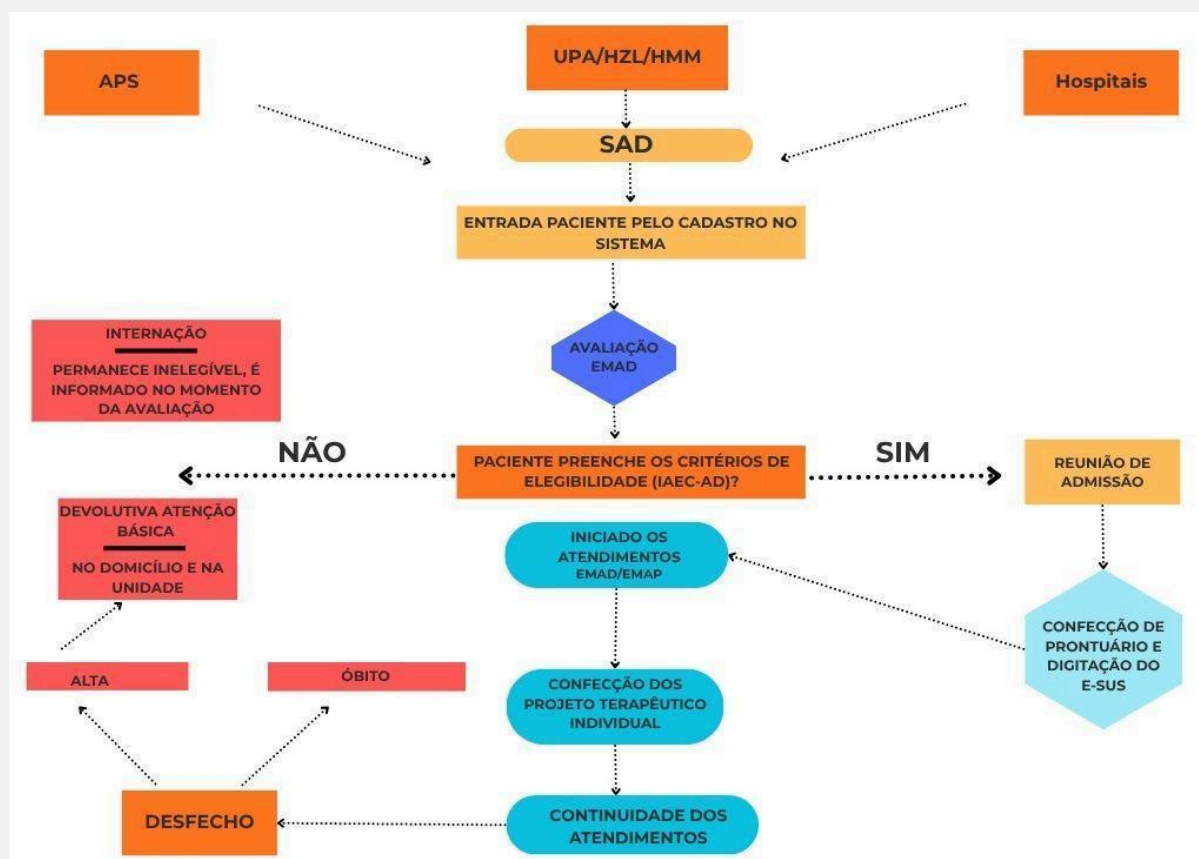
Hospital Alemão Oswaldo Cruz – COMPLEXIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR – PROADI SUS. Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2017.

Atenção Domiciliar no SUS – Resultados do Laboratório de Inovação em Atenção Domiciliar. Ministério da Saúde.

Autor: Alexssandra dos Santos Souza-Fevereiro/2021

Revisado por: Lilian Domingos Brizola e Natália Evangelista da Silva- Julho/2026

Anexo 1 - Fluxograma de Admissão



Anexo - Anexo A



Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa - Serviço de Atenção Domiciliar
Anexo A: Reunião Familiar

Data ____/____/____ Hora: _____

I – Identificação:
Nome do Paciente: _____
Contato de familiares presentes: _____

II – Participante presente da equipe do Melhor em Casa:

III – Propostas:
☐ Proposta de admissão ao SAD
☐ Repactuação familiar
☐ Abordagem familiar sobre cuidados paliativos
☐ Construção do PTS
☐ Programação de alta

IV - Nome do colaborador que realizou o treinamento com os familiares:

V - Assinatura dos presentes:

Secretaria Municipal de Saúde – Serviço de Atenção Domiciliar – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro - Fone (35)9.8871-1157 – email: sad.smipc@gmail.com



Anexo - Anexo B



Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar



Anexo B – Termo de Compromisso na Admissão

LEIA ATENTAMENTE OS ESCLARECIMENTOS E SE ESTIVER DE ACORDO, ASSINE LOGO ABAIXO.

ESCLARECIMENTOS:

I – Após avaliação pelo Serviço de Assistência Domiciliar:

- O paciente é atendido no domicílio após avaliação multiprofissional que analisa o estado geral, o tipo de doença, o tratamento necessário e a participação do cuidador e/ou da família no cuidado.
- O paciente é visitado pela equipe do SAD composto por vários profissionais (enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, motoristas) conforme a necessidade do caso. Esta equipe fará o atendimento e orientará a família quanto aos cuidados e tratamento.
- Na residência ficará um prontuário médico com todas as informações e orientações necessárias para o cuidado a ser realizado com o paciente.
- O atendimento domiciliar só é possível mediante a cooperação da família ou do cuidador que realizara os cuidados (alimentação, higiene, mudança de decúbito, curativos, troca de fixações e outros), e seguir o tratamento indicado pela equipe.
- Será de extrema necessidade a colaboração da família para observar o paciente nas 24 horas por dia e ficando em alerta para situação de piora do estado geral do paciente.
- Os atendimentos são realizados conforme a demanda do paciente sem determinação de data e horários programados.

II – CRITÉRIOS DE ALTA DO SAD

- Melhora das condições clínicas com transferência para acompanhamento na Atenção Básica;
- Agravamento do quadro que justifique internação hospitalar;
- Piora das condições domiciliares mínimas com comprometimento da segurança da atenção domiciliar;
- Inexistência de cuidador nos casos de dependência funcional;
- Quando o paciente estiver com reabilitação funcional ou parcial que possibilite autocuidado e deslocamento para as clínicas de reabilitação;
- Solicitação de desligamento pelo paciente ou pelos familiares, através de termo de desligamento realizado de próprio punho;

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

- Não cumprimento das recomendações terapêuticas e dos acordos assistenciais após inúmeras tentativas de repactuação;
- Em caso de três visitas improdutivas consecutivas sem justificativa, o paciente receberá alta administrativa.
- Óbito.

Eu, _____, portador(a) do RG _____, responsável pelo(a) paciente _____, portador(a) do RG _____, estou ciente do estado de saúde no qual se encontra e aceito a inclusão deste(a) no Programa Melhor em Casa – SAD, autorizando seu acompanhamento pela equipe multiprofissional de saúde.

Poços de Caldas,
____/____/____

Assinatura:

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 004	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Avaliação de Pacientes para Desospitalização pela equipe do Programa Melhor em Casa

Executante: EMAD (Assistente Social, Enfermeiro; Médico; Fisioterapeuta).

Objetivo Geral: Estabelecer o fluxo e as diretrizes para a realização de visitas periódicas da equipe do PMeC/SAD aos hospitais e serviços de urgência e emergência do município de Poços de Caldas, com a finalidade de avaliar a elegibilidade de pacientes que apresentem perfil para o atendimento domiciliar, promovendo à identificação daqueles aptos à desospitalização segura, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024.

Resultado Esperado: Garantir a transição segura e humanizada do cuidado hospitalar para o domiciliar, promovendo a continuidade da assistência, a redução de internações prolongadas e de reinternações evitáveis, além de favorecer altas seguras, aumentar a rotatividade de leitos, ampliar o acesso à hospitalização e contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

Preparação de material:

- Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD) anteriormente citado.
- Check-list de Desospitalização Segura em anexo ;
- Registro de visita técnica no sistema PEC e em prontuário físico, quando aplicável.

Descrição do procedimento:

Planejamento das Visitas

- As visitas poderão ser solicitadas pelas equipes hospitalares ou de urgência e emergência ou realizadas por busca ativa, conforme POP anteriormente citado e prioridade entre os serviços;

- O cronograma de visitas será definido pela coordenação do PMeC/SAD, garantindo cobertura regular das unidades hospitalares e de pronto atendimento.

Avaliação dos Pacientes

- Durante as visitas, a equipe multiprofissional do PMeC/SAD realizará a avaliação clínica, funcional e social dos pacientes internados que apresentem potencial para o cuidado domiciliar;
- Serão observados os critérios de elegibilidade previstos na Portaria GM/MS nº 3.005/2024, incluindo:
 - Estabilidade Clínica;
 - Necessidade de cuidados contínuos passíveis de execução em domicílio;
 - Existência de suporte familiar e/ou cuidador;
 - Disponibilidade dos equipamentos, insumos e condições estruturais necessárias para a continuidade do cuidado domiciliar.

Planejamento da Desospitalização

- 1) Após a avaliação, será realizada discussão conjunta entre a equipe do PMeC/SAD, a equipe hospitalar e os familiares ou cuidadores;
- 2) Analisando a possibilidade de admissão, o familiar deverá entrar em contato com o setor para o agendamento de uma reunião com o responsável do paciente para a pactuação do cuidado.
- 3) Caso o paciente seja considerado elegível, a família será orientada quanto às rotinas e responsabilidades do cuidado domiciliar;
- 4) O processo de desospitalização seguirá mediante:
 - Assinatura do Termo de Compromisso de Admissão (Anexo B);
 - Preenchimento positivo do Check-list Hospitalar de Alta Segura;
 - Articulação entre os serviços para garantir a continuidade do cuidado no domicílio.

Acompanhamento Pós-Alta

- A equipe do PMeC/SAD realizará o acompanhamento inicial no domicílio, assegurando a continuidade e a integralidade da assistência;
- As informações referentes à avaliação, desospitalização e evolução do paciente deverão ser registradas integralmente no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC/e-SUS), e quando aplicável, em prontuário físico.

Responsabilidades:**Equipe PMeC/SAD:**

- Realizar visitas periódicas aos hospitais e serviços de urgência/emergência;
- Avaliar pacientes internados quanto aos critérios de elegibilidade para o atendimento domiciliar;
- Planejar e articular o processo de desospitalização junto às equipes hospitalares e familiares;
- Garantir o acompanhamento pós-alta no domicílio.

Equipes Hospitalares e de Urgência/Emergência:

- Informar a equipe do PMeC/SAD sobre pacientes potenciais para desospitalização com tempo hábil a organização do cuidado;
- Fornecer informações clínicas, funcionais e sociais atualizadas;
- Participar do planejamento do processo de alta e transição do cuidado.

Familiares e/ou Cuidadores:

- Participar do acolhimento e do processo de orientação para o cuidado domiciliar;
- Colaborar com as orientações da equipe quanto ao manejo e continuidade do tratamento em casa.
- Dar continuidade nas orientações realizadas pela equipe para manutenção do cuidado domiciliar.

REFERÊNCIAS:

Portaria GM/MS nº 3.005, de janeiro de 2024 – Dispõe sobre a Política Nacional de Cuidados Paliativos e diretrizes de desospitalização segura;
Portaria nº 963/2013 – Ministério da Saúde – Redefine o Programa Melhor em Casa; Diretrizes da Rede de Atenção Domiciliar (RAD/SUS).

Autor:Lilian Domingos Brizola e Morgana Cristina Batista

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 005	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Acolhimento e Admissão de Usuários no Programa Melhor em Casa

Executante: Assistente Social

Objetivo Geral: Estabelecer o fluxo e os procedimentos para o acolhimento e admissão de usuários no Programa Melhor em Casa, garantindo avaliação integral, participação familiar e segurança no processo de inclusão, conforme diretrizes da Portaria GM/MS nº 3.005, de 31 de janeiro de 2024.

Resultado Esperado: Garantir a admissão segura, humanizada e corresponsável dos pacientes no PMeC, assegurando que o ingresso ocorra com base em critérios clínicos, funcionais e sociais previamente definidos, com a participação ativa da família e/ou cuidador. Espera-se, assim, fortalecer o vínculo entre equipe, paciente e rede de apoio, favorecer a continuidade do cuidado no domicílio, reduzir os riscos de desassistência e promover a qualidade de vida, em conformidade com as diretrizes da Portaria GM/MS nº 3.005/2024.

Preparação de material:

- Ficha de Avaliação Social;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (assinado);
- Registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC);

Descrição do Procedimento:**Avaliação Inicial:**

Realizada conforme o POP referente.

Acolhimento Familiar

O Serviço Social, em conjunto com pelo menos um membro da equipe multiprofissional, realiza o acolhimento dos familiares e cuidadores, com os seguintes objetivos:

- Avaliar a rede de apoio familiar e comunitária;
- Solicitar informações sobre as condições de moradia e a realização dos cuidados;
- Identificar potenciais fragilidades e necessidades de suporte adicional;
- Orientar os familiares sobre as rotinas, responsabilidades e cuidados necessários no domicílio;
- Realizar os encaminhamentos aos serviços da Rede que se fizerem necessários.

Assinatura do Termo de Admissão

Após o acolhimento e as orientações, os familiares e/ou responsáveis legais manifestam ciência e concordância com os termos do serviço por meio da assinatura do Termo de Compromisso na Admissão, anteriormente citado.

O termo deve conter informações sobre:

- Objetivos do atendimento domiciliar;
- Responsabilidades da equipe e dos cuidadores;
- Condições de continuidade e alta do serviço.

Presença do Cuidador

A presença de um cuidador é obrigatória nos casos de usuários em situação de vulnerabilidade social ou dependência funcional para a realização das atividades básicas de vida diária.

O cuidador deve participar do acolhimento, receber as orientações da equipe e estar presente durante todos os atendimentos, garantindo segurança e continuidade dos cuidados.

Responsabilidades

Serviço Social:

Realizar o acolhimento familiar, avaliando as condições socioeconômicas e domiciliares, bem como a necessidade de encaminhamentos à rede de apoio, além de orientar sobre os cuidados compartilhados no domicílio.

Equipe Multiprofissional:

Avaliar, de forma integrada, o quadro clínico, funcional e as necessidades de cuidado do paciente, definindo conjuntamente as condutas e o plano terapêutico domiciliar.

Equipe da Atenção Primária à Saúde (APS):

Manter o vínculo entre o paciente, a família e a equipe do PMeC/SAD, garantindo a continuidade do cuidado, o acompanhamento territorial e o fortalecimento do trabalho em rede.

Coordenação do PMeC/SAD:

Assegurar que o processo de admissão e acompanhamento siga as normas vigentes, garantindo o correto preenchimento e registro de toda a documentação pertinente.

REFERÊNCIAS:

Diretrizes do Programa de Atenção Domiciliar (SAD). BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 31 de janeiro de 2024.
Política Nacional de Atenção Domiciliar (PNAD).

Autor: Lilian Domingos Brizola e Morgana Cristina Batista

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 006	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Checklist Hospitalar para Admissão no Programa Melhor em Casa (PMec/SAD).

Executante: EMAD / Administrativo.

Objetivo Geral: Padronizar o processo de avaliação de procedimentos para admissão de pacientes no Programa Melhor em Casa, garantindo segurança, elegibilidade e continuidade do cuidado no domicílio.

Resultados Esperados:

- Segurança do paciente no domicílio;
- Respaldo para a equipe quanto à capacidade técnica dos cuidadores para a realização do cuidado;
- Organização de uma alta hospitalar mais alinhada e segura, em conjunto com a equipe hospitalar

Preparação de material:

- Checklist para alta hospitalar (em anexo)

Descrição do procedimento:

A aplicação do checklist será realizada pela equipe do Programa Melhor em Casa durante a reunião de admissão do paciente.

Caso o familiar e/ou cuidador não apresente conhecimento ou segurança para a execução dos cuidados necessários, este deverá ser orientado a retornar à unidade hospitalar, portando o checklist, para receber treinamento adequado junto à equipe assistencial responsável.

Após a capacitação, o cuidador deverá comparecer novamente à sede do Programa Melhor em Casa (PMec/SAD), onde será realizada nova reunião com a equipe e reaplicação do

checklist, a fim de garantir a adequada compreensão e execução dos cuidados propostos.

Responsabilidades:

Equipe Hospitalar:

- Identificar e sinalizar pacientes com perfil para desospitalização;
- Disponibilizar informações clínicas atualizadas à equipe do PMeC/SAD;
- Realizar treinamento do familiar/cuidador quanto aos cuidados necessários, quando solicitado;
- Apoiar o processo de transição do cuidado hospitalar para o domiciliar.

Equipe do PMeC/SAD:

- Realizar a avaliação hospitalar do paciente;
- Aplicar o checklist hospitalar de elegibilidade;
- Avaliar condições clínicas, sociais e estruturais para desospitalização segura;
- Orientar o familiar/cuidador quanto aos cuidados necessários no domicílio;
- Identificar a necessidade de capacitação do cuidador;
- Encaminhar o cuidador à unidade hospitalar para treinamento, quando necessário;
- Reaplicar o checklist após a capacitação do cuidador;
- Registrar todas as informações em prontuário e nos instrumentos institucionais.

Coordenação do PMeC/SAD:

- Supervisionar a correta aplicação do checklist hospitalar;
- Validar a elegibilidade do paciente para inclusão no serviço;
- Garantir o cumprimento do fluxo estabelecido neste POP;
- Apoiar a articulação entre hospital e atenção domiciliar.

Familiar/Cuidador:

- Participar da avaliação junto à equipe;
- Informar sobre suas condições e limitações para o cuidado;
- Participar dos treinamentos indicados pela equipe de saúde;
- Retornar à unidade hospitalar para capacitação, quando necessário, portando o checklist;
- Comparecer à sede do PMeC para nova avaliação e reaplicação do checklist;

- Executar os cuidados conforme orientações recebidas.

REFERÊNCIAS:

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Domiciliar.
Portaria GM/MS nº 3.681/2024 – Política Nacional de Cuidados Paliativos.
Código de Ética das Profissões de Saúde.
Normativas locais da Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas.

Autor: Natália Evangelista da Silva





Planilha 1

11. Manuseio SVD, descarte diu/mse						
12. Fixação SNE						
13. Troca cadaço traqueostomia						
MEDICINA	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1. Prescrição dos medicamentos de uso contínuo em domicílio						
2. Orientação aos familiares/ cuidadores sobre os sinais de gravidade (chamar SAMU)						
NUTRIÇÃO	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1. Manuseio da sonda nasoenteral ou gastro/ jejunostomia						
2. Preparo e administração da dieta enteral						
3. Sumário de alta para retirada de dieta enteral ou outros insumos via SUS/ SMS						

ASSINATURA DO CUIDADOR: _____

PARECER: _____

RECEBIDO POR: _____

OBS: O Programa Melhor em Casa admitirá pacientes após critérios afirmativos.

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 007	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Realizar teleatendimento aos pacientes e/ou cuidadores vinculados ao Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD), com finalidade de acompanhamento clínico, orientação, monitoramento e suporte à continuidade do cuidado.

Executante: Equipe Multiprofissional de Nível Superior

Objetivo Geral: Garantir a continuidade do cuidado aos pacientes assistidos pelo Programa Melhor em Casa por meio do teleatendimento, promovendo acesso ágil, resolutividade, monitoramento clínico e suporte aos cuidadores, reduzindo a necessidade de atendimentos presenciais desnecessários.

Resultado Esperado:

- Melhora na resolutividade dos atendimentos
- Redução de deslocamentos desnecessários da equipe
- Maior agilidade na tomada de decisão clínica
- Fortalecimento do vínculo com paciente e cuidador
- Identificação precoce de agravamentos clínicos
- Otimização dos recursos do serviço
- Diminuição das filas de espera

Preparação de material:

Antes da realização do teleatendimento, o profissional deverá:

- Acessar o prontuário do paciente
- Verificar histórico clínico e plano terapêutico
- Garantir acesso a:
 - Telefone institucional ou dispositivo com internet
 - Plataforma de comunicação autorizada
- Ter em mãos o prontuário do paciente
- Confirmar dados atualizados de contato do paciente/cuidador

Descrição do procedimento:

Identificação

- Identificar-se ao paciente/cuidador, informando nome, função e serviço
- Confirmar identidade do paciente

Consentimento

- Informar sobre o teleatendimento e obter concordância do paciente/cuidador
- Verificar se o termo de autorização de Teleatendimento (Anexo H) está assinado

Avaliação

- Realizar escuta qualificada
- Investigar sinais e sintomas atuais
- Avaliar adesão ao plano terapêutico
- Identificar intercorrências

Intervenção

- Fornecer orientações de saúde
- Ajustar condutas conforme competência profissional
- Encaminhar para atendimento presencial, se necessário

Encaminhamentos

- Acionar outros membros da equipe, se indicado
- Orientar sobre sinais de alerta e quando buscar atendimento urgente

Registro

- Registrar integralmente o atendimento no prontuário, incluindo: data e horário, profissional responsável, motivo do contato e conduta /orientações realizadas



Responsabilidades:

Equipe multiprofissional:

- Realizar teleatendimento conforme protocolos
- Garantir registro adequado das informações
- Manter sigilo e ética profissional
- Avaliar necessidade de visita domiciliar

Coordenação do PMeC/SAD:

- Garantir estrutura e condições para realização do teleatendimento
- Monitorar a qualidade dos atendimentos
- Estabelecer fluxos e protocolos

Paciente e/ou cuidador:

- Fornecer informações verídicas
- Seguir orientações da equipe
- Manter contato atualizado

REFERÊNCIAS:

Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Domiciliar
Portaria GM/MS nº 3.681/2024 – Política Nacional de Cuidados Paliativos
Código de Ética das Profissões de Saúde
Normativas locais da Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas

Autor: Natália Evangelista da Silva

Anexo - Termo de Consentimento para Atendimento Telessaúde no PMeC de Poços de Caldas



Termo de Consentimento para Atendimento Telessaúde no PMeC de Poços de Caldas

Anexo H- Termo de Consentimento para Atendimento Telessaúde no PMeC de Poços de Caldas

Nome do usuário: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Eu, _____, portador (a) do CPF nº _____, informo que me foram esclarecidas as características do teleatendimento, as minhas responsabilidades e as do profissional de saúde que atenderá o paciente pelo qual sou responsável e que houve minha concordância para realização do atendimento. Na ocasião, recebi as seguintes informações:

- A teleconsulta é o atendimento à distância realizado por profissional de saúde de nível superior;
- A teleconsulta são admitidas como práticas éticas;
- A plataforma assegura a proteção e o sigilo das informações contra vazamento de dados, segundo as normas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);
- Pelo sigilo do atendimento, não poderei fazer qualquer gravação sem autorização explícita do profissional que prestou atendimento;
- Caso o profissional considere necessário, poderá gravar o atendimento e capturar imagens para divulgação.

Confirmo que li, compreendi e concordo com todos os termos deste Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido para Teleconsulta.

Assinatura: _____

Poços de Caldas, ____ de _____ de ____.

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 008	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Padronizar a forma de organização dos prontuários físicos da sede dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa (PMec).

Executante: Equipe EMAD/EMAP e Auxiliar Administrativo.

Objetivo Geral: Proporcionar um padrão de organização dos prontuários, de forma coesa, estruturada e de fácil compreensão.

Evitar: Dificuldades e demora na interpretação dos dados relacionados ao paciente, bem como erros no arquivamento dos documentos em suas respectivas categorias, como: exames, referências, Projeto Terapêutico Singular (PTS), avaliação clínica e evoluções dos respectivos profissionais, além de anexos.

PREPARAÇÃO E MATERIAL NECESSÁRIO: Conforme anexos.

Montagem do prontuário: Folha de rosto; documentação do paciente; Anexo F – Projeto Terapêutico Singular; documentação do cuidador; comprovante de residência; Anexo A – Reunião Familiar; Anexo B – Termo de Compromisso na Admissão; referência; Anexo D; IAEC-AD; termo de teleatendimento; evoluções multiprofissionais; enfermagem; técnicas de enfermagem; medicina; fisioterapia; fonoaudiologia; nutrição; serviço social; psicologia; anexos.

Procedimentos: Após a realização da reunião familiar e da admissão do paciente, será entregue ao familiar o prontuário domiciliar, composto por orientações ao cuidador e espaço destinado à evolução dos profissionais que realizam visitas domiciliares.

Em seguida, será realizada a montagem do prontuário físico que permanecerá na base, sendo utilizado pelos profissionais da equipe para registro e acompanhamento das informações do paciente.

Cuidados: Os profissionais deverão manter atenção contínua ao correto preenchimento e atualização das evoluções após cada visita domiciliar, tanto no prontuário domiciliar quanto no prontuário mantido na base, sendo esta uma responsabilidade de toda a equipe.

REFERÊNCIAS:

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 9 ago. 2002. Art. 1º.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2012. Art. 1º

Autor: Alexssandra dos Santos Souza - Fevereiro/2021

Revisado por: Lilian Domingos Brizola, Natália Evangelista da Silva e Thiago Henrique de Souza - Julho/2026



Anexo - Prontuário Sede

SAÚDE  ATENÇÃO PRIMÁRIA		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* ☐ D ☐ T ☐ N	
_____	_____	_____	_____		
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO					
CNS OU CPF DO CIDADÃO*		DATA NASC.:*		SEXO:* ☐ F ☐ M	
_____		/ /			
PROCEDÊNCIA (ASSINALAR)*					
☐ Atenção Básica ☐ Internação hospitalar ☐ Urgência e emergência ☐ CACON/UNACON ☐ Iniciativa do paciente ou terceiros ☐ Outros					
CONDIÇÃO(ÕES) AVALIADA(S)					
☐ Acamado			☐ Adaptação ao uso de órtese/prótese		
☐ Domiciliado			☐ Reabilitação domiciliar		
☐ Úlceras/feridas (grau III ou IV)			☐ Cuidados paliativos oncológicos		
☐ Acompanhamento nutricional			☐ Cuidados paliativos não oncológicos		
☐ Uso de sonda nasogástrica - SNG			☐ Oxigenoterapia domiciliar		
☐ Uso de sonda nasointestinal - SNI			☐ Uso de traqueostomia		
☐ Uso de gastrostomia			☐ Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica		
☐ Uso de colostomia			☐ Suporte ventilatório não invasivo - CPAP		
☐ Uso de cistostomia			☐ Suporte ventilatório não invasivo - BiPAP		
☐ Uso de sonda vesical de demora - SVD			☐ Diálise peritoneal		
☐ Acompanhamento pré-operatório			☐ Paracentese		
☐ Acompanhamento pós-operatório			☐ Medicação parenteral		
CID-10 (principal)*		CID-10 (secundário)		CID-10 (secundário)	
_____		_____		_____	
CONCLUSÃO/DESTINO*					
ELEGÍVEL: (ver legenda) ☐ AD 1 ☐ AD 2 ☐ AD 3			☐ INELEGÍVEL		
☐ Admissão na própria Emad			☐ Instabilidade clínica com necessidade de monitorização contínua		
☐ Encaminhado para outra Emad			☐ Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, com urgência		
☐ Encaminhado para a Atenção Básica (AD1)			☐ Outro motivo clínico		
☐ Outro encaminhamento			☐ Ausência de cuidador (em casos com necessidade)		
			☐ Outras condições sociais e/ou fam. 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:** ☐ Sem número		COMPLEMENTO:		PONTO DE REFERÊNCIA:	
_____		_____		_____	
TELEFONES PARA CONTATO					
TEL. RESIDÊNCIA: ()			TEL. CONTATO: ()		
_____			_____		
CUIDADOR					
☐ Não possui ☐ Cônjuge/Companheiro(a) ☐ Filho(s)/Filhado(s) ☐ Pai/Mãe ☐ Avô/Avó ☐ Neto(a) ☐ Irmão(ã) ☐ 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					



Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Saúde
Programa SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
Anexo F- Projeto Terapêutico Singular

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Data	Metas gerais	Profissionais responsáveis	Prazo



Assistente Social

Enfermeira

Fisioterapeuta

Fonoaudióloga

Médico

Nutricionista

Psicólogo

Secretaria Municipal de Saúde – Serviço de Atenção Domiciliar – Poços de Caldas – MG

Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro - Fone (35)9.8871-1157 – email: sad.smspc@gmail.com



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa -Serviço de Atenção Domiciliar
Anexo A: Reunião Familiar

Data ____ / ____ / ____

Hora: _____

I – Identificação:

Nome do Paciente: _____

Contato de familiares presentes:

II – Participante presente da equipe do Melhor em Casa:

III – Propostas:

- () Proposta de admissão ao SAD
- () Repactuação familiar
- () Abordagem familiar sobre cuidados paliativos
- () Construção do PTS
- () Programação de alta

IV - Nome do colaborador que realizou o treinamento com os familiares:

V - Assinatura dos presentes:

Secretaria Municipal de Saúde – Serviço de Atenção Domiciliar – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro - Fone (35)9.8871-1157 – email: sad.smspc@gmail.com



**Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar**



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

Anexo B – Termo de Compromisso na Admissão

LEIA ATENTAMENTE OS ESCLARECIMENTOS E SE ESTIVER DE ACORDO, ASSINE LOGO ABAIXO.

ESCLARECIMENTOS:

I – Após avaliação pelo Serviço de Assistência Domiciliar:

- O paciente é atendido no domicílio após avaliação multiprofissional que analisa o estado geral, o tipo de doença, o tratamento necessário e a participação do cuidador e/ou da família no cuidado.
- O paciente é visitado pela equipe do SAD composto por vários profissionais (enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, motoristas) conforme a necessidade do caso. Esta equipe fará o atendimento e orientará a família quanto aos cuidados e tratamento.
- Na residência ficará um prontuário médico com todas as informações e orientações necessárias para o cuidado a ser realizado com o paciente.
- O atendimento domiciliar só é possível mediante a cooperação da família ou do cuidador que realizara os cuidados (alimentação, higiene, mudança de decúbito, curativos, troca de fixações e outros), e seguir o tratamento indicado pela equipe.
- Será de extrema necessidade a colaboração da família para observar o paciente nas 24 horas por dia e ficando em alerta para situação de piora do estado geral do paciente.
- Os atendimentos são realizados conforme a demanda do paciente sem determinação de data e horários programados.

II – CRITÉRIOS DE ALTA DO SAD

- Melhora das condições clínicas com transferência para acompanhamento na Atenção Básica;
- Agravamento do quadro que justifique internação hospitalar;
- Piora das condições domiciliares mínimas com comprometimento da segurança da atenção domiciliar;
- Inexistência de cuidador nos casos de dependência funcional;
- Quando o paciente estiver com reabilitação funcional ou parcial que possibilite autocuidado e deslocamento para as clínicas de reabilitação;
- Solicitação de desligamento pelo paciente ou pelos familiares, através de termo de desligamento realizado de próprio punho;

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar



Melhor em CASA
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

- Não cumprimento das recomendações terapêuticas e dos acordos assistenciais após inúmeras tentativas de repactuação;
- **Em caso de três visitas improdutivas consecutivas sem justificativa, o paciente receberá alta administrativa.**
- Óbito.

Eu, _____, portador(a) do RG _____, responsável pelo(a) paciente _____, portador(a) do RG _____, estou ciente do estado de saúde no qual se encontra e aceito a inclusão deste(a) no Programa Melhor em Casa – SAD, autorizando seu acompanhamento pela equipe multiprofissional de saúde.

Poços de Caldas,
____/____/____.

Assinatura:

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



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	



**Termo de Consentimento para Atendimento
Telessaúde no PMeC de Poços de Caldas**

**Anexo H- Termo de Consentimento para Atendimento Telessaúde no PMeC de
Poços de Caldas**

Nome do usuário: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Eu, _____, portador (a) do CPF nº _____, informo que me foram esclarecidas as características do teleatendimento, as minhas responsabilidades e as do profissional de saúde que atenderá o paciente pelo qual sou responsável e que houve minha concordância para realização do atendimento. Na ocasião, recebi as seguintes informações:

- A teleconsulta é o atendimento à distância realizado por profissional de saúde de nível superior;
- A teleconsulta são admitidas como práticas éticas;
- A plataforma assegura a proteção e o sigilo das informações contra vazamento de dados, segundo as normas da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);
- Pelo sigilo do atendimento, não poderei fazer qualquer gravação sem autorização explícita do profissional que prestou atendimento;
- Caso o profissional considere necessário, poderá gravar o atendimento e capturar imagens para divulgação.

Confirmo que li, compreendi e concordo com todos os termos deste Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido para Teleconsulta.

Assinatura: _____

Poços de Caldas, ____ de _____ de ____.

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 009	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Padronizar a forma de organização dos prontuários físicos do domicílio dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa (PMeC).

Executante: Equipe EMAD/EMAP e Auxiliar Administrativo.

Objetivo Geral: Proporcionar um padrão de organização dos prontuários, de forma coesa, estruturada e de fácil compreensão.

Evitar: Dificuldades e demora na interpretação dos dados relacionados ao paciente, bem como erros no arquivamento dos documentos em suas respectivas categorias, como: exames, referências, Projeto Terapêutico Singular (PTS), avaliação clínica, evolução de enfermagem, evolução médica, evolução fonoaudiológica, avaliação nutricional, avaliação fisioterapêutica, anexos e documentos de apoio.

PREPARAÇÃO E MATERIAL NECESSÁRIO: Conforme anexos.

Montagem do prontuário: Folha de rosto; Informativo de funcionamento da rede de serviços, orientação nutricional enteral para o paciente domiciliado, orientações gerais de cuidados básicos ao paciente, orientações quanto à higiene oral; orientações em caso de urgência e emergência (UeE), Anexo B – Termo de Compromisso na Admissão; orientação quanto à dispensa de material e registros de atendimento dos profissionais que compareceram no domicílio.

Procedimentos: Após a realização da reunião familiar e da admissão do paciente, será entregue ao familiar o prontuário domiciliar, composto por orientações ao cuidador e espaço destinado à evolução dos profissionais que realizam visitas domiciliares.

Em seguida, será realizada a montagem do prontuário físico que permanecerá na base, sendo utilizado pelos profissionais da equipe para registro e acompanhamento das informações do paciente.

Cuidados: Os profissionais deverão manter atenção contínua ao correto preenchimento e atualização das evoluções após cada visita domiciliar, tanto no prontuário domiciliar quanto no prontuário mantido na base, sendo esta uma responsabilidade de toda a equipe.

REFERÊNCIAS:

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 9 ago. 2002. Art. 1º.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 2012. Art. 1º

Autor: Alexssandra dos Santos Souza - Fevereiro/2021

Revisado por: Lilian Domingos Brizola, Natália Evangelista da Silva e Thiago Henrique de Souza - Julho/2026



Anexo - Prontuário Domiciliar



Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar



Melhor em CASA
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

PRONTUÁRIO DOMICILIAR

Paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Responsáveis legais e/ou cuidadores de referência: _____

Grau de parentesco: _____ Contato: _____

Diagnóstico principal: _____ CID: _____

Admissão no SAD: _____ Objetivo principal do Cuidado: _____

Patologias associadas: _____

Dispositivos em uso: _____

Medicações em uso: _____

Alergias e reações adversas conhecidas: _____

Lesão: _____

Plano terapêutico: _____

Referência e retaguarda assistencial: _____

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar



Melhor em CASA
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

Informativo do Funcionamento da Rede de Serviços

A sede do Programa Melhor em Casa/ SAD está localizada na Rua Pernambuco, nº495, 2º andar, Fone 9.8871-1157.

- Equipe administrativa funciona de segunda a sexta – feira das 07:00 às 17:00;
- Equipe de atendimento domiciliar das 07:00 as 19:00, sete dias da semana inclusive feriados, porém sem data e horário marcados;
- Durante os sábados, domingos e feriados a equipe de enfermagem se encontra disponível no horário das 07:00 as 19:00;
- O PMeC tem por finalidade prestar assistência de profissionais médico, enfermeiro, assistente social, técnicos de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo ao paciente em sua residência, quando indicado;
- A presença do cuidador se faz obrigatória em pacientes dependentes;
- Nos casos de viagem, internação, óbito, e/ou mudança de endereço o familiar/cuidador deverá comunicar a equipe;
- Os exames solicitados pelo médico serão colhidos no domicílio, assim como as sondagens, medicações e procedimentos;
- A equipe do SAD/PMcC fará o fornecimento de alguns materiais e medicamentos padronizados necessários para o tratamento do paciente;
- No início de cada mês, deverá ser realizada a retirada dos kits de materiais;
- Na ocorrência de óbitos na residência durante o expediente do SAD/PMcC, nossa equipe se responsabilizará pelo atestado de óbito e orientações póstumas, fora do nosso horário a família deve acionar o SAMU;
- Receitas de dietas enterais, medicações, espessantes e laudos médicos devem ser solicitados 05 dias antes do término;
- **É imprescindível que a família esteja devidamente orientada e preparada para os cuidados e o manuseio dos equipamentos, considerando que a equipe do SAD/PMcC necessita de tempo hábil para a adequada organização da assistência antes da recepção do paciente no domicílio.**

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



**Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar**



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

Orientação nutricional enteral para o paciente domiciliado

1-O que é nutrição enteral?

A nutrição enteral é uma forma de alimentação completa e balanceada nos nutrientes necessários à vida. Pode ser administrada através de uma sonda. A sonda pode ser introduzida pelo nariz ou ser fixada na pele, em contato com o estômago (gastrostomia) ou com o jejuno (jejunostomia).

2 Preparação para administração e cuidados após administração

- 2.1 A higiene é indispensável para preservar a saúde do paciente;
- 2.2 Antes de manusear qualquer tipo de utensílio lave bem as mãos com água e sabão e seque em toalha de papel descartável;
- 2.3 O local onde a dieta será preparada também deve estar bem higienizado;
- 2.4 Separe o frasco descartável, um funil de plástico, o equipo para conexão na sonda e uma seringa (20ml) para injetar água após a administração da dieta para higienizar a sonda, verificando se todos estão limpos;
- 2.5 Coloque no frasco somente a quantidade de dieta prescrita pela nutricionista. Nunca toque no líquido para não contaminar a dieta. Feche o frasco descartável. Certifique-se que a válvula do equipo esteja fechada e então encaixe-o no frasco;
- 2.6 A dieta deve ser administrada sempre em temperatura ambiente. Ou seja, caso a dieta seja guardada em geladeira é necessário deixá-la em temperatura ambiente por, aproximadamente, trinta minutos;
- 2.7 Caso haja entupimento da sonda, lave a mesma com 40 mL de água filtrada. Caso não haja sucesso, passar 40 mL de água com gás. Se o entupimento não se resolver, entre em contato com a equipe responsável;
- 2.8 Para higienizar os materiais após administração da dieta: mergulhar em recipiente com água e detergente, deixando de molho por alguns minutos. Lavar com água corrente e, em seguida, mergulhar em recipiente com 1 litro de água e 1 colher de sopa de água sanitária por 15 minutos, com posterior enxágue;
- 2.9 Os materiais devem ser trocados a cada semana (no máximo).

3 Cuidados com o paciente

O paciente deverá receber a dieta na posição sentada ou com o tronco elevado, no mínimo a 45 graus. Elevar a cabeceira da cama utilizando travesseiros e almofadas como apoio. Isto evita que a dieta reflua e vá para o pulmão causando complicações.

4 Cuidados com a higiene pessoal do paciente:

- **Rosto:** deve ser limpo com água e sabonete neutro, retirando o máximo possível da oleosidade da pele (sem fazer esfregação), pois o excesso de oleosidade favorece o descolamento da fita que fixa a sonda no local correto - em caso de sonda introduzida pelo nariz. Caso esta fita se solte, a sonda pode mudar de local causando problemas ao paciente. A fixação externa da sonda pode ser trocada pelo cuidador, sempre tendo o cuidado de não puxar a sonda. Nas áreas de contato com a pele deve-se utilizar micropore. Os locais de fixação devem ser constantemente trocados, para evitar feridas na pele ou alergias.
- **Narinas:** devem ser limpas diariamente com auxílio de um cotonete ou sempre que for observado acúmulo de secreção;
- **Boca:** a língua e os dentes devem ser escovados, no mínimo, 3 vezes ao dia. Caso a escova dental não possa ser utilizada, pode-se usar uma espátula envolvida por gaze (não estéril) fixada por uma fita e embebida em solução antisséptica bucal.

5 Administração da dieta enteral

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



**Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar**



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

Existem vários métodos de administração da dieta enteral. O método mais utilizado é administração intermitente por gravidade, que utiliza o frasco descartável para administração da dieta. Essa nutrição é feita em intervalos, como se fossem refeições. Para administração da dieta, seguir a orientação da nutricionista.

Passo a Passo:

- Com a dieta já preparada e o paciente na posição adequada certifique-se que a válvula do equipo esteja fechada;
- Suspenda o frasco descartável a uma altura de pelo menos sessenta centímetros acima da cabeça do paciente e pendure-o em um suporte seguro;
- Abra a válvula do equipo permitindo que o líquido preencha todo o trajeto até sua extremidade final;
- Feche a válvula, remova a tampa de proteção do equipo e encaixe-o na sonda;
- Regule a velocidade do gotejamento conforme orientação da nutricionista;
- Após o término da administração, feche a válvula e desconecte o equipo da sonda;
- Para higienizar a sonda, administre 40 mL de água filtrada, em temperatura ambiente com uma seringa de 50 ml tomando o cuidado de exercer pressão suave para limpar a sonda impedindo sua obstrução (entupimento) devido a resíduos de dieta;
- Mantenha o paciente na posição elevada ou sentada durante toda a infusão e até 30 minutos após o seu término para evitar retorno da dieta.

Sempre observar se o paciente não está tendo vômito, diarreia ou distensão abdominal. Na presença de qualquer um desses sintomas a equipe deverá ser consultada.

6 Considerações importantes:

- Seguir rigorosamente as orientações da nutricionista;
- Infundir água filtrada (em temperatura ambiente) nos intervalos de administração da dieta, através da seringa (além da água usada para limpar a sonda). A quantidade é definida pela nutricionista;
- Manter a sonda fechada quando não estiver em uso;
- Não aquecer a dieta;
- Caso o paciente puxe a sonda (ou ocorra um acidente) e esta seja removida, não tente recolocá-la. Lave-a com água e sabão e guarde-a em lugar seco e limpo e entre em contato com o médico ou enfermeiro responsável;
- Caso seja necessária a administração de medicamentos pela sonda: triturar o comprimido (um de cada vez) e dissolver em 20 mL de água filtrada. Os medicamentos líquidos também deverão ser diluídos em 20 mL de água filtrada. Após a administração dos medicamentos, usar 40 mL de água filtrada para limpar a sonda. Não administrar medicamentos junto com a dieta.

OBSERVAÇÃO:

A diarreia é caracterizada pela ocorrência de evacuações líquidas em grande quantidade, três vezes ou mais por dia. Vários são os motivos que podem gerar a diarreia (uso de antibióticos, medicações que aumentam os movimentos intestinais, etc). No entanto, o não cumprimento das recomendações de higiene, administração e conservação da dieta enteral podem propiciar a diarreia.

**Eliza Souza Sampaio
Nutricionista SAD**

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



**Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar**



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

Orientações gerais de cuidados básicos ao paciente

A participação da família é fundamental para a recuperação do paciente e esta é responsável pelos cuidados do dia a dia para com o mesmo.

Os cuidados são:

- Use máscara ao realizar cuidados ao paciente e quando a equipe de saúde chegar;
- Lave as mãos antes e após prestar qualquer cuidado ao paciente;
- Higiene pessoal: banho, barba, corte de cabelo, corte de unhas, escovação dos dentes, limpeza de olhos e ouvidos e hidratação da pele com creme;
- Higiene íntima deverá ser feita sempre que necessário;
- Higiene diária do quarto, mantendo as janelas abertas para arejar e permitir a entrada de luz solar;
- Trocar os lençóis de cama uma vez por semana ou sempre que necessário;
- Levar o paciente para tomar banho de sol, quando possível;
- Faça mudança de decúbito, a cada 2 horas. Este cuidado é necessário para prevenção de infecções pulmonares, auxilia no bom funcionamento do intestino e principalmente na prevenção do aparecimento de lesões na pele;
- Evitar fricção da pele;
- Uso de colchão pneumático ou casca de ovo;
- Mantenha o paciente sempre seco e higienizado;
- Mantenha as pernas e braços elevados, apoiando cotovelos e joelhos com travesseiros;
- Mantenha os pés em posição confortável e anatômica (flexionados);
- Proteja as proeminências ósseas (joelho, tornozelo, quadril e ombro) e regiões de apoio (orelhas, nádegas, calcanhar) com almofadas e travesseiros;
- Estimular leitura, televisão, trabalhos manuais, conversar e etc;
- Estimule para que ele se alimente sozinho e de preferência em outro ambiente que não seja o quarto;
- Estimular o autocuidado: faça de tudo para que paciente seja e sinta-se o mais independente possível;
- Estimular o paciente conforme orientação de fisioterapeuta (movimentos e deambulação);
- Manter a cabeceira da cama elevada;
- Limpeza diária dos pertences pessoais: cadeira de banho, cadeira de rodas, andador, muletas, cama, etc;

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



**Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar**



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

- Ficar atento quanto ao realizar as transferências para cama/ cadeira/ banheiro/ chuveiro, realizando-as sempre com segurança tanto para o cuidador quanto paciente;
- Adequar dieta conforme orientações da nutricionista, caso haja resistência à dieta comunicar equipe;
- Evitar superfícies escorregadias, lisas ou molhadas para não acontecerem quedas;
- O lixo contaminado (material curativo, traqueostomia e ostomias) do paciente deve ser armazenado em local correto com tampa, depositados nos sacos de lixo infectante cedidos pelo SAD aos familiares. As seringas e agulhas devem ser desprezadas em recipientes específicos (garrafa Pet tampada ou descapak), os equipos e frascos de dietas podem ser descartados em lixo comum assim como fraldas e absorventes. Ao final de cada semana o familiar ou cuidador levará à ESF o lixo contaminado para descarte correto.

Orientações quanto a Higiene Oral

A deficiência de higiene oral em pacientes dependentes colabora para a proliferação de bactérias e fungos criando na boca um reservatório ideal para uma vasta microbiota que, além de prejudicar a saúde bucal e o bem estar do paciente, pode propiciar variadas infecções e doenças sistêmicas.

Vale lembrar que na boca encontram-se praticamente a metade da microbiota presente no corpo humano, representada por várias espécies de fungos, bactérias e vírus, e que podem desencadear **periodontite, gengivites, otites, rinofaringite, xerostomia potencializando focos de infecção propícias às pneumonias.**

Por tanto é necessário que seja realizada diariamente de forma correta e sistemática, pois proporciona o bem estar do paciente evitando infecções, possibilita vínculo através do cuidado realizado entre família/cuidador e paciente, além de eliminar o desconforto do mal odor causado pela sujidade na cavidade oral.

Como realizar a higienização?

- A higiene oral deve ser realizada todos os dias após cada refeição, com a cabeceira do leito elevada ou paciente sentado em cadeiras ou poltronas;
- As próteses dentárias devem ser retiradas e escovadas com cerdas duras (escova dental “firme”);

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



**Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar**



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

- A prótese, quando não estiver em uso, deve ser guardada em recipiente fechado com tampa. As pessoas com perda de peso devem ter sua prótese reavaliada, uma vez que a adaptação inadequada pode comprometer a alimentação;
- A gengiva e a língua devem ser limpas com gaze umedecida em água e solução antisséptica, envolvida em uma espátula ou na própria escova dental de maneira delicada;
- Se o paciente apresenta dentição preservada ou com traumatismo deve ser realizada com escova “cerdas macias” normalmente, lembrando que o paciente muitas vezes não consegue deglutir;
- Ao terminar a higiene oral, hidratar os lábios com manteiga de cacau;
- Vale lembrar que pacientes em alimentação por via alternativa como sonda nasointestinal, oroenteral, gastrostomia, jejunostomia, também deve ser realizado higiene oral conforme orientado acima.

Orientações em caso de urgência e emergência U/E

- 1 Em caso de urgência e emergência, **chame 192 (SAMU)**, identificando-se como paciente do SAD e, se for para o Pronto-Socorro, é **obrigatório** levar o **Prontuário Domiciliar** que a equipe mantém em sua residência.
- 2 Intercorrências durante os finais de semana, feriados ou no período noturno a família deverá acionar o SAMU.
- 3 Quando por qualquer motivo o paciente tiver que ser removido para o hospital, passará a ficar sob a responsabilidade do serviço médico que o atendeu.
- 4 Caso perceba alguma das intercorrências abaixo entre em contato com o SAD no horário das 7:00 às 19:00, fone: 9.8871-1157 ou solicite socorro médico, pelo telefone 192 (SAMU);
- 5 Seguir orientações da equipe em relação à parâmetros clínicos e sinais vitais.

Equipe de Enfermagem SAD – Melhor em Casa

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



**Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar**



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

Anexo B – Termo de Compromisso na Admissão

LEIA ATENTAMENTE OS ESCLARECIMENTOS E SE ESTIVER DE ACORDO, ASSINE LOGO ABAIXO.

ESCLARECIMENTOS:

I – Após avaliação pelo Serviço de Assistência Domiciliar:

- O paciente é atendido no domicílio após avaliação multiprofissional que analisa o estado geral, o tipo de doença, o tratamento necessário e a participação do cuidador e/ou da família no cuidado.
- O paciente é visitado pela equipe do SAD composto por vários profissionais (enfermeiro, técnicos de enfermagem, médico, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, motoristas) conforme a necessidade do caso. Esta equipe fará o atendimento e orientará a família quanto aos cuidados e tratamento.
- Na residência ficará um prontuário médico com todas as informações e orientações necessárias para o cuidado a ser realizado com o paciente.
- O atendimento domiciliar só é possível mediante a cooperação da família ou do cuidador que realizara os cuidados (alimentação, higiene, mudança de decúbito, curativos, troca de fixações e outros), e seguir o tratamento indicado pela equipe.
- Será de extrema necessidade a colaboração da família para observar o paciente nas 24 horas por dia e ficando em alerta para situação de piora do estado geral do paciente.
- Os atendimentos são realizados conforme a demanda do paciente sem determinação de data e horários programados.

II – CRITÉRIOS DE ALTA DO SAD

- Melhora das condições clínicas com transferência para acompanhamento na Atenção Básica;
- Agravamento do quadro que justifique internação hospitalar;
- Piora das condições domiciliares mínimas com comprometimento da segurança da atenção domiciliar;
- Inexistência de cuidador nos casos de dependência funcional;
- Quando o paciente estiver com reabilitação funcional ou parcial que possibilite autocuidado e deslocamento para as clínicas de reabilitação;
- Solicitação de desligamento pelo paciente ou pelos familiares, através de termo de desligamento realizado de próprio punho;

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar



Melhor em CASA
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

- Não cumprimento das recomendações terapêuticas e dos acordos assistenciais após inúmeras tentativas de repactuação;
- **Em caso de três visitas improdutivas consecutivas sem justificativa, o paciente receberá alta administrativa.**
- Óbito.

Eu, _____, portador(a) do RG _____, responsável pelo(a) paciente _____, portador(a) do RG _____, estou ciente do estado de saúde no qual se encontra e aceito a inclusão deste(a) no Programa Melhor em Casa – SAD, autorizando seu acompanhamento pela equipe multiprofissional de saúde.

Poços de Caldas,
____/____/____.

Assinatura:

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com



**Secretaria Municipal de Saúde
Programa Melhor em Casa
Serviço de Atenção Domiciliar**



**Melhor em
CASA**
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

Orientação quanto a dispensa de material

Com relação aos insumos disponibilizados bem como a quantidade de materiais dispensados aos pacientes pelo SAD, mensalmente, serão de acordo com o estoque e disponibilidade no Almoxarifado da Prefeitura Municipal de Poços de Caldas.

Cada KIT de materiais será composto dos insumos prescritos por Equipe Médica/ Enfermagem que realizou a avaliação pós admissão e será fornecido conforme as necessidades individuais de cada paciente.

Esses materiais deverão ser retirados na Sede do Programa Mensalmente

Receitas de Dieta	Serão solicitadas por telefone do SAD
Receitas Médicas	Serão solicitadas por telefone do SAD ou aos profissionais durante as visitas

Secretaria Municipal de Saúde – Programa Melhor em Casa – Poços de Caldas – MG
Rua: Pernambuco, 495 2º andar – Centro – Fone (35) 9.8871-1157 – e-mail: sad.smspc@gmail.com

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 010	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Montagem da Bolsa de Urgência e Emergência (U/E)

Executante: Enfermeiro, Médico, Técnicos de Enfermagem

Objetivo Geral: Promover acessibilidade à medicações e insumos necessários de forma rápida ao atendimento do paciente.

Resultado Esperado: Evitar remoção do paciente para qualquer unidade de pronto atendimento, a fim de não sobrecarregar o sistema.

Preparação do material: agulha, sondas, seringas, scalp, tree way, tubo coleta, lamina bisturi, sonda de aspiração, óculos de proteção, coletor de urina , bolsa coletora, equipamentos, fita crepe, soro fisiológico, coletor aberto, luva procedimento, luva estéril, gaze , saco de lixo branco, tubo orotraqueal, xilocaína, máscara, avental, touca, catéter de O2, esparadrapo, micropore, medicamentos de uso emergencial.

Descrição do Procedimentos: Em caso de necessidade, o profissional poderá fazer uso de qualquer item da bolsa no domicílio.

Responsabilidades:

- A maleta deve ser **padronizada, checada periodicamente** e registrada em checklist;
- Realizar o controle de validade, armazenamento adequado e realizar reposição dos itens após uso.
- Atendimento ágil e efetivo ao paciente.

REFERÊNCIAS:

PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009; Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde; Art.3 Paragrafo Único item 1

Hospital Alemão Osvaldo Cruz- Sustentabilidade Social- PROJETO COMPLEXIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR. **PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -PROAD SUS 2017**, capítulo 14,pag. 171.

Autor: Alexssandra dos Santos Souza - Fevereiro/2021

Revisado por: Emilene Moras Pinheiro e Thiago Henrique de Souza - Julho/2026

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 011	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Higienização das Mãos.

Executante: Todos os profissionais da equipe do Programa Melhor em Casa.

Objetivo Geral: Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções.

Resultado Esperado: Padronizar a higienização das mãos dos profissionais do Programa Melhor em Casa, com a finalidade de prevenir infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), garantindo segurança ao paciente, à família, ao cuidador e à equipe.

Preparação de material:

- Água corrente e sabonete líquido;
- Papel-toalha descartável;
- Preparação alcoólica a 70% (álcool em gel ou líquido).

Procedimento:

Higienização com água e sabonete: Realizar quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue, secreções ou outros fluidos corporais.

Técnica:

- Molhar as mãos com água;
- Aplicar quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies;
- Friccionar as mãos contemplando:
 - Palmas;
 - Dorso;
 - Espaços interdigitais;
 - Polegares;
 - Pontas dos dedos e unhas;
 - Punhos;
- Enxaguar completamente em água corrente;

- Secar com papel-toalha descartável;
- Utilizar o papel-toalha para o fechamento da torneira.

Tempo recomendado: 40 a 60 segundos.

Higienização com preparação alcoólica (álcool 70%): Realizar quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

Técnica:

- Aplicar quantidade suficiente de preparação alcoólica a 70% na palma da mão;
- Friccionar todas as superfícies das mãos, seguindo a técnica padronizada;
- Manter fricção até completa evaporação do produto.

Tempo recomendado: 20 a 30 segundos.

MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: A higienização das mãos deverá ser realizada, no mínimo, nos seguintes momentos:

- Antes do contato com o paciente;
- Antes da realização de procedimentos limpos e assépticos;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Após contato com o paciente;
- Após contato com superfícies e objetos próximos ao paciente;
- Antes e após o uso de luvas;
- Ao chegar e ao sair do domicílio.

Responsabilidades:

Todos os profissionais:

- Realizar a higienização das mãos conforme técnica preconizada neste POP.

Coordenação do SAD:

- Garantir disponibilidade de insumos;
- Promover capacitação periódica;
- Monitorar a adesão dos profissionais.

Equipe de Enfermagem:

- Orientar profissionais, cuidadores e familiares quanto à técnica adequada, quando pertinente;
- Supervisionar a execução das práticas assistenciais relacionadas.

REFERÊNCIAS:

COLOMBO. *Manual de Procedimentos Operacionais Padrão do Serviço Social da Saúde*. Colombo: Prefeitura Municipal de Colombo, 2024.

Autor: Lorena Louise Teixeira



Anexo - Lavagem de mãos

Passo a Passo da Lavagem das Mãos

Lave as mãos por pelo menos 20 segundos.



Molhe as mãos



Aplique sabão



Esfregue as palmas



Esfregue o dorso



Entre os dedos



Dorso dos dedos



Limpe os polegares



Pontas e unhas



Esfregue os punhos



Enxágue bem



Seque as mãos



Feche com papel



Lave por **20 segundos**.

Mantenha as mãos limpas e seguras!

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 012	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Realizar a seleção, paramentação, utilização e desparamentação adequadas dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) durante o atendimento domiciliar, conforme o tipo de procedimento e o risco de exposição.

Executante: Equipe Multiprofissional do Programa Melhor em Casa (PMeC).

Objetivo Geral: Estabelecer diretrizes para o uso adequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelos profissionais do Programa Melhor em Casa, visando à prevenção de riscos biológicos, à proteção do paciente, dos profissionais e familiares, além da redução das infecções relacionadas à assistência à saúde no ambiente domiciliar.

Resultados Esperados:

- Garantir a segurança do paciente, dos profissionais e dos cuidadores;
- Reduzir a transmissão de microrganismos no ambiente domiciliar;
- Padronizar o uso de EPIs entre os profissionais da equipe;
- Minimizar riscos ocupacionais;
- Melhorar a qualidade da assistência prestada.

Preparação do Material: Antes do atendimento domiciliar, o profissional deverá assegurar a disponibilidade dos EPIs necessários, de acordo com o tipo de procedimento a ser realizado

Descrição do procedimento:

Avaliação Inicial

- Avaliar o tipo de atendimento a ser realizado;
- Identificar os riscos de exposição, como contato com secreções, aerossóis, sangue e outros fluidos corporais;
- Definir os EPIs adequados para cada situação.

Higienização das Mãos

- Realizar a higienização das mãos com água e sabão ou preparação alcoólica a 70% antes da colocação dos EPIs;
- Seguir a técnica preconizada pelo Ministério da Saúde.

Paramentação (Colocação dos EPIs)

- A paramentação deverá ser realizada conforme a sequência e as recomendações institucionais vigentes, de acordo com o procedimento a ser executado.

Durante o Atendimento:

- Evitar tocar superfícies desnecessárias;
- Não retirar os EPIs durante a realização do procedimento;
- Trocar os EPIs sempre que houver contaminação ou entre atendimentos distintos;
- Manter técnica asséptica sempre que indicado.

Desparamentação (Retirada dos EPIs)

A retirada dos EPIs deverá ser realizada cuidadosamente, a fim de evitar contaminação, obedecendo à seguinte sequência:

1. Luvas;
2. Higienização das mãos;
3. Avental;
4. Higienização das mãos;
5. Óculos de proteção ou protetor facial;
6. Máscara;
7. Higienização final das mãos.

Os EPIs utilizados deverão ser descartados em local apropriado, conforme as normas de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Pós-Atendimento

- Realizar higienização das mãos;
- Orientar o paciente e os familiares quanto às medidas de prevenção, quando necessário;
- Registrar possíveis intercorrências e condutas adotadas.

Responsabilidades:

Profissionais de Saúde (Equipe Multiprofissional)

- Utilizar corretamente os EPIs conforme o protocolo estabelecido;
- Avaliar a necessidade de utilização dos EPIs de acordo com o risco de exposição;
- Garantir a segurança durante o atendimento;
- Orientar cuidadores e familiares quanto às medidas de prevenção e biossegurança.

Serviço/Instituição

- Garantir o fornecimento adequado de EPIs;
- Promover capacitações periódicas para a equipe;
- Supervisionar a adesão aos protocolos institucionais;
- Atualizar o Procedimento Operacional Padrão (POP) conforme as normativas vigentes;
- Assegurar condições adequadas de trabalho;
- Garantir o cumprimento das normas de biossegurança;
- Monitorar indicadores relacionados à segurança e qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos*. Brasília, DF: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde*. Brasília, DF: ANVISA, 2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32): segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos básicos de segurança do paciente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de atenção domiciliar na atenção primária à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

Autor: Morgana Cristina Batista e Natália Evangelista da Silva

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 013	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Realização de Aferição de Pressão Arterial

Executante: Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Objetivo Geral: Controle da pressão arterial em usuários do serviço de saúde portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes, obesidade, nefropatia, doenças cerebrovasculares e cardiovasculares ou quaisquer condições clínicas em que alterações na pressão arterial constitui-se um importante parâmetro a ser avaliado; Usuários do serviço de saúde com ou sem doenças de base, com ou sem história familiar de HAS que procuram o serviço de saúde para uma aferição ou controle da pressão arterial; Conforme critérios do médico ou enfermeiro.

Resultado Esperado: Oferta de pressão arterial para controle

Preparação de material:

- 01 Esfigmomanômetro - Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço (o manguito deve cobrir de 75 - 100% do braço);

Circunferência do braço (cm)	Tipo de manguito
22 - 34	Adulto
35 - 45	Adulto grande

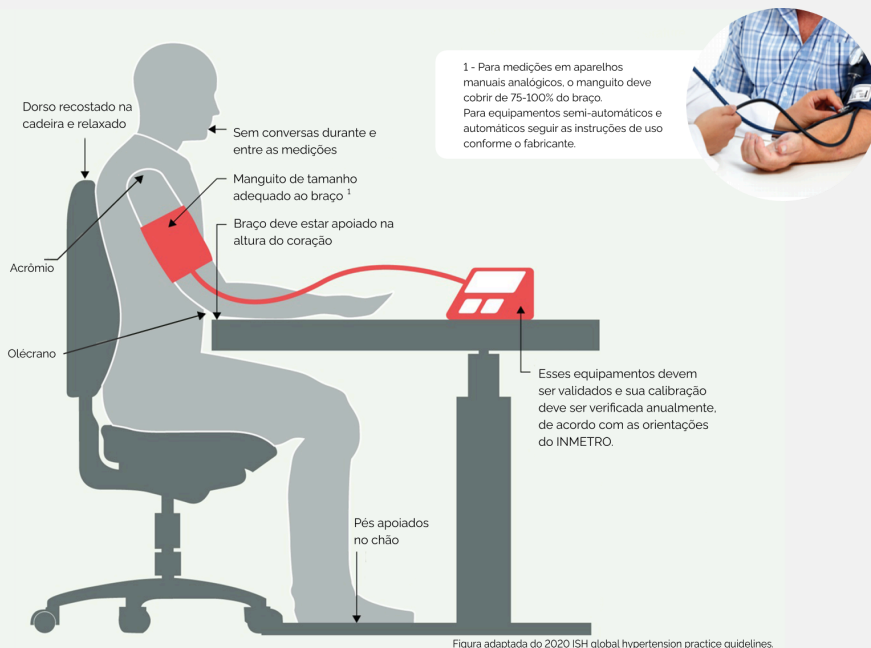
- 01 Estetoscópio;
- Algodão;
- Álcool.

Descrição do procedimento:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo;
2. Certificar-se que o paciente:
 - a. Está com a bexiga vazia;
 - b. Não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou fumou nos últimos 30 minutos.
3. Posicionamento
 - a. O paciente deve estar sentado, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado;
 - b. O braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e as roupas não devem garrotear o membro.
4. Diabéticos, idosos e outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada
 - a. Medir a PA na posição de pé, após 3 minutos.
5. Faça a higiene das mãos, conforme POP de referência;
6. Realizar as assepsia das olivas, da campânula e do diafragma do estetoscópio com álcool 70%;
7. Localizar a artéria braquial por palpação;
8. Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
9. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
10. Estimar o nível da PA sistólica (PAS) pela palpação do pulso radial;
11. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
12. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;
13. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
14. Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som e após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
15. Determinar a PA diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons;
16. Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
17. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons e anotar valores da PAS/PAD/zero;
18. Informar o valor de PA obtido para o paciente;
19. Anotar os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a PA foi medida.
20. O braço com maior valor aferido deverá ser utilizado como referência para as próximas medidas.

21. Faça higiene das mãos e dos materiais

Responsabilidades:



Classificação da pressão arterial

Medição feita com médico a partir dos 18 anos de idade

Classificação	Pressão arterial sistólica (mmHg)		Pressão arterial diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	e	< 80
Normal	120 - 129	e/ou	80 - 84
Pré-hipertensão	130 - 139	e/ou	85 - 89
Hipertensão arterial estágio 1	140 - 159	e/ou	90 - 99
Hipertensão arterial estágio 2	160 - 179	e/ou	100 - 109
Hipertensão arterial estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

REFERÊNCIAS:

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (Procedimento Operacional Padrão). Poços de Caldas, 2022.

Brown C, Clark D 3rd, Jones DW. Updates in the 2025 AHA/ACC Hypertension Guideline. *Curr Hypertens*

Rep. 2026;28(1):19. Published 2026 Mar 17.

Autor: Lorena Louise Teixeira

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 014	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Realização de Aferição da Temperatura Axilar

Executante: Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Objetivo Geral: A temperatura corpórea é a diferença entre a quantidade de calor produzido por processos do corpo e a quantidade de calor perdido para o ambiente externo.

Resultado Esperado: Auxílio no diagnóstico e abordagem terapêutica.

Preparação de material:

- 01 Termômetro digital;
- Algodão
- Álcool 70%
- Toalha de papel
- Material para anotação.

Descrição do procedimento:

1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde;
2. Realizar a higiene das mãos, conforme POP de referência;
3. Realizar a assepsia do termômetro digital com algodão embebido em álcool 70%;
4. Auxiliar o usuário a assumir uma posição confortável, que permita fácil acesso ao local de medição da temperatura;
5. Expor a axila do usuário, observando a presença de lesões ou umidade excessiva, secando-a com papel-toalha, se necessário;
6. Colocar o bulbo do termômetro na axila, realizando a abdução do braço direito ou esquerdo e, em seguida, a adução, assegurando que o dispositivo esteja posicionado corretamente;
7. Manter o termômetro no local por 3 minutos ou até o sinal sonoro (“bip”);
8. Realizar a leitura da temperatura no termômetro;
9. Realizar novamente a higiene das mãos, conforme POP de referência;
10. Registrar o procedimento e comunicar qualquer alteração ao médico ou enfermeiro responsável.



Responsabilidades:

Variações de temperatura

Hipotermia Leve	34°-36°C
Hipotermia Moderada	30°-34°C
Hipotermia Acentuada	<30°C
Temperatura normal	35,5°-37,2°C
Subfebril	37,3°-37,7°C
Febre	≥37,8°C

REFERÊNCIAS:

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (Procedimento Operacional Padrão). Poços de Caldas, 2022.

Autor: Lorena Louise Teixeira

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 015	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Realização de Aferição da Glicemia Capilar;

Executante: Enfermeiro, Médico, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Objetivo Geral: Realizar a aferição da glicemia capilar em usuários do serviço de saúde que necessitem de controle glicêmico, conforme prescrição médica.

Resultado Esperado: Auxiliar no diagnóstico e na abordagem terapêutica.

Preparação de material:

- Algodão;
- Álcool 70%
- Luvas de procedimento;
- Glicosímetro;
- Lanceta;
- Caixa para descarte de materiais perfurocortantes.

Descrição do procedimento:

1. Explicar o procedimento para o indivíduo e/ou responsável pela criança;
2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP vigente;
3. Preparar o lancetador para obtenção da amostra de sangue;
4. Retirar uma tira-teste do frasco de tiras-teste e tampa-lo imediatamente;
5. Segurar a tira-teste de modo que as setas e o indicador (quadrado verde) fiquem voltados para cima;
6. Introduzir cuidadosamente a tira-teste na guia da tira-teste (glicosímetro), na direção da seta, até o encaixe completo
7. O monitor de glicemia ligará automaticamente e realizará um teste padrão do visor (por cerca de 2 segundos);
8. Verificar se todos os segmentos dos dígitos (888), bem como a unidade de medida, podem ser visualizados;
9. Confirmar se o número de código exibido corresponde ao código do frasco de tira-teste;

10. Após o número de código, observar no visor o símbolo de tira-teste e o símbolo da gota intermitente, acompanhado de sinal sonoro;
11. O monitor de glicemia está pronto para o uso (tempo aproximado de 90 segundos);
12. Calçar luvas de procedimento;
13. Realizar a antissepsia do local da punção com álcool 70% e aguardar secagem;
14. Pressionar suavemente o dedo da base em direção à ponta;
15. Realizar a punção na face lateral do dedo escolhido;
16. Estimular a formação de uma gota de sangue com leve pressão em direção à ponta do dedo;
17. Aplicar a gota de sangue na área indicada da tira-teste e afastar o dedo;
18. Aguardar cerca de 5 segundos para leitura do resultado no visor;
19. Registrar o valor obtido em prontuário;
20. Realizar a higienização das mãos, conforme POP vigente;
21. Comunicar anormalidades ao médico ou enfermeiro responsável.

Procedimento em pacientes pediátricos e neonatais:

Realizar coleta no calcanhar, na superfície plantar medial ou lateral, nos seguintes casos:

- Crianças com até 6 meses de vida;
- Crianças com peso entre 3 a 10 Kg.

O preparo da pele e a técnica de punção devem seguir os mesmos princípios do paciente adulto, alterando-se apenas o local da coleta.

REFERÊNCIAS:

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (*Procedimento Operacional Padrão*). Poços de Caldas, 2022.

Autor: Lorena Louise Teixeira

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 016	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para aferição da Frequência Respiratória.

Executante: Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Objetivo Geral: Avaliar a função respiratória do paciente por meio da contagem dos movimentos respiratórios por minuto, permitindo identificar alterações no padrão respiratório, monitorar o estado clínico, subsidiar a tomada de decisões assistenciais e orientar intervenções oportunas, garantindo a segurança e a continuidade do cuidado.

Resultado Esperado: Monitorar o padrão respiratório do paciente, auxiliando na avaliação clínica, no diagnóstico e na definição da conduta terapêutica.

Materiais Necessários:

- Relógio com marcador de segundos;
- Material para registro/anotação.

Descrição do procedimento:

1. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP institucional vigente.
3. Garantir a privacidade do paciente.
4. Posicionar o paciente sentado ou em decúbito, com cabeceira elevada entre 45° e 60°.
5. Certificar-se de que o tórax esteja visível; se necessário, afastar roupas ou lençóis.
6. Posicionar o braço do paciente de forma relaxada sobre o abdome ou região inferior do tórax, ou colocar a mão sobre o abdome superior para melhor observação dos movimentos respiratórios.
7. Observar um ciclo respiratório completo, correspondente a uma inspiração e uma expiração.

8. Iniciar a contagem da frequência respiratória utilizando relógio com marcador de segundos, considerando como “1” o primeiro ciclo respiratório completo observado.
9. Quando o ritmo respiratório estiver regular, contar os movimentos respiratórios durante 30 segundos e multiplicar o valor por 2.
10. Em casos de ritmo irregular, frequência respiratória inferior a 12 irpm ou superior a 20 irpm, realizar a contagem durante 1 minuto completo.
11. Avaliar a profundidade das respirações por meio da observação da movimentação da parede torácica, classificando-as em:
 - Rasas;
 - Normais;
 - Profundas.
12. Avaliar o ritmo respiratório, observando se a respiração é regular ou irregular.
13. Reposicionar roupas e lençóis, promovendo conforto ao paciente.
14. Realizar novamente a higienização das mãos, conforme POP institucional vigente.
15. Registrar os achados no prontuário do paciente e comunicar alterações significativas à equipe responsável, conforme necessidade.

Responsabilidades:

Variações aceitáveis de Frequência Respiratória

Idade	Frequência Respiratória (RPM)
Recém-nascido	35-40
Bebê (6 meses)	30-50
Criança começando a andar (2 anos)	25-32
Criança	20-30
Adolescente	16-20
Adulto	12-20

REFERÊNCIAS:

Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. *POP: enfermagem (Procedimento Operacional Padrão)*. Poços de Caldas: Município de Poços de Caldas, 2022.

Autor: Natália Evangelista da Silva

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 017	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Realização de Aferição de Frequência Cardíaca

Executante: Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Objetivo Geral: Avaliar o funcionamento do sistema cardiovascular por meio da verificação do número de batimentos cardíacos por minuto, possibilitando a identificação precoce de alterações do ritmo e da frequência, o monitoramento da condição clínica do paciente e o direcionamento de condutas assistenciais adequadas, contribuindo para a segurança, o acompanhamento contínuo e a qualidade do cuidado.

Resultado Esperado: Obtenção de valores de frequência cardíaca para controle

Preparação de material:

- 01 Oxímetro
- 01 Material para anotação

Descrição do procedimento com oxímetro :

1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde;
2. Colocar dispositivo no dedo do paciente que deve estar em repouso, com o dedo sobre uma superfície;
3. Esperar aparelho estabilizar;
4. Anotar o valor;

Descrição do procedimento sem oxímetro :

1. Posicionar dois dedos (indicador e médio) sobre o ponto pulsante (o pulso radial, localizado na parte interna do punho, ou o pulso carotídeo, na lateral do pescoço)
2. Contar os batimentos durante 30 segundos e multiplicar o número por dois;
3. O resultado corresponde à frequência cardíaca em batimentos por minuto (bpm)

Cuidados no momento de fazer a aferição da Frequência Cardíaca:

Para obter uma leitura precisa da frequência cardíaca em repouso, é importante realizar a aferição em um momento de tranquilidade, de preferência sentado e em ambiente calmo.

Também é recomendável evitar medir logo após esforço físico, consumo de cafeína, bebidas energéticas ou situações de estresse, que podem distorcer o resultado (exceto se for uma medição intencionalmente pós-esforço).

Além disso, se a intenção for comparar os valores ao longo dos dias, o ideal é repetir a medição sempre nas mesmas condições, no mesmo horário e em estado semelhante de repouso. A variação natural da frequência cardíaca faz parte do funcionamento normal do organismo, mas mudanças muito bruscas ou frequentes devem ser observadas com atenção.

Responsabilidades:

Variações aceitáveis de Frequência Cardíaca

Idade	Frequência Cardíaca (BPM)
Bebe	120-160
Criança começando a andar	90-140
Pré-escolar	80-110
Criança em idade escolar	75-100
Adolescente	60-90
Adulto	60-100

REFERÊNCIAS:

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (Procedimento Operacional Padrão). Poços de Caldas, 2022.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Frequência cardíaca como medir e o valor ideal em cada idade . São Paulo, 2026.

Autor: Natália Evangelista da Silva



Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 018	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Cateterismo Vesical de Demora

Executante: Enfermeiro e Médico.

Objetivo Geral: Estabelecer diretrizes para a padronização da execução de cateterismo Vesical de Demora e possibilitar o controle hídrico adequado e tratar retenção urinária em pacientes do sexo masculino e feminino no Programa Melhor em Casa do Município de Poços de Caldas.

Resultado Esperado: Eficácia no procedimento realizado em domicílio trazendo benefícios aos pacientes.

Material utilizado:

- Clorexidina degermante.
- SF 0,9% 250 ml.
- Sonda uretral estéril (compatível com meato uretral do paciente);
- Bolsa Coletora (sistema fechado);
- Gel Anestésico 2% (Lidocaína ou Xilocaína);
- Luva Estéril;
- Luva de procedimentos;
- Gaze estéril;
- Compressa ou campo estéril;
- 03 ampolas de 10 ml de água destilada;
- Agulha 40x12;
- 2 Seringa de 20ml ;
- Comadre, fralda ou material absorvente;
- Caneta azul ou preta.

Descrição do procedimento:

1. Lavar corretamente as mãos;
2. Separar o material conforme descrito no tópico anterior;
3. Colocar os materiais de proteção individual;
4. Informar ao paciente e ao cuidador o procedimento que será realizado, assim como sua importância para o tratamento;
5. Calçar as luvas de procedimento e posicionar o paciente adequadamente em decúbito dorsal com as pernas levemente afastadas. Descobrir apenas a região genital;
 - **Homens:** decúbito dorsal;
 - **Mulheres:** decúbito dorsal com membros inferiores fletidos com distância de 60 cm de distância.
6. Posicionar a comadre, fralda ou material absorvente sob o paciente;
7. Calçar as luvas de procedimento;
 - **Pacientes do sexo feminino:** lavar região perivaginal com água, SF 0,9% ou clorexidina degermante com movimentos de cima pra baixo;
 - **Paciente do sexo masculino:** segurar o corpo do pênis expondo o prepúcio delicadamente e fazer limpeza com movimentos circulares em toda a glândula;
8. Enxaguar com SF 0,9% ou água destilada;
9. Colocar o recipiente para descarte próximo ao paciente;
10. Remover as luvas de procedimentos, realizar antisepsia das mãos com álcool 70%;
11. Abrir o material de cateterismo sobre uma mesa auxiliar ou entre os joelhos do paciente, atentar para o nível de consciência e agitação do mesmo;
12. Abrir os materiais estéreis (sonda, seringa, agulha, gaze estéril, sonda foley e sistema coletor fechado e compressa ou campo estéril) com técnica asséptica;
13. Calçar luvas estéreis;
14. Colocar o campo estéril sobre a região do paciente;
15. Aspirar água destilada com seringa de 20 ml com agulha 40x12, com ajuda de outro profissional;
16. Testar o balão do cateter com água destilada, observando o volume indicado pelo fabricante, esvaziando após o teste;
17. Conectar o cateter ao sistema fechado;
18. Verificar o “clamp” da extensão que deve permanecer aberto e o clamp da bolsa coletora devendo permanecer fechado;
19. Fazer assepsia do meato urinário com clorexidina degermante em movimento unidirecional, uretral para anal para pacientes do sexo feminino e movimentos circulares para paciente do sexo masculino;

20. Lubrificar a sonda com lubrificante anestésico segurá-la firmemente e introduzir a mesma já pré-conectado a um coletor de sistema de drenagem fechado, por 5 a 7 cm no meato uretral observando o retorno urinário;
21. Caso seja observado um possível falso trajeto da sonda, retirar cateter introduzido em canal vaginal sendo necessário utilizar um novo cateter vesical;
22. Em pacientes do sexo masculino, segurar o corpo do pênis, elevando-o a um ângulo de aproximadamente 65°, com o prepúcio já retraído, e introduzir a sonda até o retorno da urina. Após o procedimento, manter o prepúcio em posição anatômica, a fim de evitar edema de glândula.
23. Insuflar balonete de acordo com volume de água recomendado;
24. Tracionar o cateter lentamente, para fora, até sentir resistência;
25. Fixar o cateter na face interna da coxa, com esparadrapo ou micropore, deixando o sistema por cima da perna; Atentar para que a sonda e a bolsa não fiquem hiperestendidas ou dobradas.
26. Medir o volume drenado;
27. Recolher todo o material;
28. Retirar as luvas;
29. Higienizar as mãos;
30. Realizar identificação em bolsa coletora da SVD (nome do enfermeiro, data, calibre da sonda e ml de ABD).
31. Realizar anotações de enfermagem no prontuário, descrevendo aspecto e volume da urina drenada, sonda utilizada, o horário, data e se houve alguma intercorrência.

Responsabilidades:

A realização do Cateterismo Vesical é uma atividade privativa do Enfermeiro, podendo o Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem assisti-lo durante a execução do procedimento, bem como utilizar as orientações, para certificar o posicionamento adequado da sonda em avaliações posteriores;

* O Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem ao evidenciar posicionamento inadequado da Sonda Uretral deverá acionar o Enfermeiro de referência para a realização de nova sondagem.

* A troca da sonda vesical de demora deverá ocorrer a cada 30 dias, salvo sob orientação médica.

* Nunca trocar somente a bolsa coletora;

* Clampear a extensão quando for necessário elevar o coletor acima do nível da bexiga.

REFERÊNCIAS:

JARDIM, G.S.; KICH, M.R.; SILVA, T.H. Hospital Nossa Senhora da Conceição. Sondagem vesical intermitente técnica limpa: orientações para pacientes, familiares e cuidadores. Maio 2011.

MELTZER, S.C.; et al. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

YAMAGUCHI, Angélica Massako et al. Assistência domiciliar: uma proposta interdisciplinar. Barueri, SP: NADI / HC-FMUSP, Manole, 2010.

Autor: Alexssandra dos Santos Souza - Fevereiro/2021

Revisado por: Lorena Louise Teixeira - Julho/2026



Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 019	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Realização de Cateterismo Vesical de Alívio.

Executante: Enfermeiro.

Objetivo Geral: Obtenção de amostra de urina de forma asséptica para exame; Esvaziar a bexiga de pacientes com retenção urinária, em preparo cirúrgico e mesmo no pós-operatório; Avaliação pontual de débito urinário; Determinação do volume de urina residual em pacientes com bexiga neurogênica sem controle esfinteriano.

Resultado Esperado: Esvaziamento de bexiga.

Preparação de material:

- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento para higienização da região genital;
- Equipamentos de proteção individual (gorro, máscara, capote e/ou avental não estéril);
- Cateter uretral estéril descartável, compatível com o paciente;
- Solução antisséptica (PVPI tópico ou clorexidina aquosa);
- Compressas de gaze estéril;
- Bandeja de material estéril para cateterismo vesical;
- Campo impermeável estéril;
- Lençol;
- Frasco para coleta de urina, se necessário;
- Lubrificante hidrossolúvel (Lidocaína gel a 2%);
- Álcool 70%;
- Recipiente para drenagem de urina;
- Recipiente graduado;
- Foco de luz portátil (opcional).

Descrição do procedimento:

1. Checar a identificação do paciente;
2. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
3. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
4. Paramentar-se com EPI: gorro, máscara, capote não-estéril e óculos de proteção;

5. Higienizar as mãos com álcool glicerinado;
6. Calçar luvas de procedimentos;
7. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento;
 - Homens: decúbito dorsal;
 - Mulheres: decúbito dorsal com membros inferiores fletidos;
8. Realizar a higiene da região genital;
9. Retirar as luvas de procedimento;
10. Realizar novamente a higienização das mãos com álcool 70%;
11. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica;
12. Abrir todos os materiais sobre o campo esterilizado da bandeja utilizando técnica asséptica;
13. Colocar a solução antisséptica na cuba redonda, mantendo uma distância segura para evitar contaminação;
14. Colocar o lubrificante sobre gaze estéril;
15. Calçar luvas estéreis.

Paciente do sexo feminino:

1. Iniciar antisepsia com movimentos unidirecionais de cima para baixo, desprezando a gaze ao final de cada etapa, na seguinte ordem: monte de Vênus, grandes lábios do lado distal para o proximal;
2. Afastar os grandes lábios com a mão não dominante e realizar antisepsia dos pequenos lábios com a mão dominante, do lado distal para o proximal;
3. Manter os grandes lábios afastados com a mão não dominante de forma a visualizar o meato uretral e proceder a antisepsia do mesmo, de cima para baixo (com a mão dominante);
4. Lubrificar a extremidade distal do cateter com lubrificante hidrossolúvel (xilocaína em gel);
5. Introduzir o cateter lentamente de 5 a 7 cm no meato uretral, até observar o fluxo urinário;
6. Em caso de inserção acidental no canal vaginal, desprezar o cateter e utilizar um novo;
7. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente, desprezando a urina ou coletando-a para exame, conforme indicação.

Paciente do sexo masculino:

1. Afastar o prepúcio com a mão não dominante, expondo a glândula e o meato urinário, com auxílio de uma gaze;
2. Realizar antisepsia com a solução antisséptica em movimentos circulares na

glande e unidirecionais de cima para baixo no corpo do pênis;

3. Tracionar o pênis perpendicularmente ao corpo para retificar a uretra;
4. Injetar 10 a 20 ml de lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel estéril) no meato urinário e com a mão não dominante (a que segura o pênis), pressionar a glândula por 1 min, a fim de evitar refluxo do lubrificante; nunca forçar a progressão do cateter em caso de resistência;
5. Aguardar de 3 a 5 minutos para o efeito anestésico do lubrificante;
6. Introduzir até a bifurcação do cateter ou até fluxo urinário contínuo;
7. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente, desprezando a urina ou coletando-a para exame, conforme indicação;
8. Evitar drenagem rápida de grandes volumes (> 1000 mL), podendo ser realizada de forma gradual;
9. Reposicionar o prepúcio em caso de paciente circuncidado;

Após o procedimento:

- Remover o cateter suavemente, após cessar o fluxo urinário;
- Secar a região e deixar o paciente confortável;
- Mensurar o débito urinário drenado;
- Retirar as luvas estéreis;
- Retirar todo o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem;
- Higienizar as mãos com água e sabão;
- Registrar o procedimento em prontuário, descrevendo características da urina e possíveis intercorrências, com assinatura e carimbo do profissional.

Contraindicações:

- Cistectomia radical (relativa para pacientes com neoplasia de bexiga);
- Renal crônico (sem diurese);
- Fimose (relativa);
- Suspeita de trauma uretral;
- Hiperplasia prostática grave ou estenose uretral.

Observações:

- O tamanho do cateter uretral deve ser avaliado conforme o meato urinário do paciente;
- Para pacientes adultos é recomendado o uso de cateteres nº 8, 10 e 12 e para crianças indica-se nº 4, 6 e 8;
- Promover a capacitação de familiar e/ou cuidador, no caso de paciente que necessitarão de manter a realização da técnica no domicílio;
- Em Neonatos e clientes pediátricos prefere-se o uso de clorexidina aquosa, entretanto, é importante utilizar o antisséptico adequado ao peso e a idade

gestacional. Deve-se retirar completamente o antisséptico com água destilada, pois o mesmo provoca queimaduras e/ou é absorvido pela pele, tornando-se tóxico para o RN;

- Para neonatos e crianças não utilizamos a introdução de gel hidrossolúvel (xilocaína gel estéril) no meato urinário;
- A utilização de gel hidrossolúvel no meato uretral deve seguir prescrição médica em situações específicas, como por exemplo: uretrocistografia e em casos especiais.

REFERÊNCIAS:

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (*Procedimento Operacional Padrão*). Poços de Caldas, 2022.

Autor: Lorena Louise Teixeira - Julho/2026

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 020	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Realização de Sondagem Nasoenteral/Nasogástrica.

Executante: Enfermeiro.

Objetivo Geral: Realizar a inserção de sonda nasoenteral ou nasogástrica com a finalidade de:

- administração de dieta enteral;
- administração de medicamentos;
- drenagem e remoção de secreções gástricas;
- descompressão e esvaziamento gástrico pré-operatório, quando indicado.

Resultado Esperado: Realizar a inserção segura e adequada da sonda nasoenteral/nasogástrica, garantindo a administração eficaz de dieta e medicamentos, bem como a drenagem gástrica, promovendo conforto, segurança e continuidade da assistência ao paciente.

Preparação de material:

1. 01 par Luvas de procedimentos;
2. 02 Sonda nasoenteral ou nasogástrica conforme indicação;
3. 01 Seringa de 20ml;
4. 05 ml Xilocaína gel;
5. 01 pacote de gazes não estéreis;
6. 01 Estetoscópio;
7. 01 Cateter enteral (número de acordo com a indicação);
8. 10 cm Fita microporosa adesiva;
9. 05 cm Esparadrapo;
10. 10 ml Soro fisiológico 0,9%.



Descrição do procedimento:

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material e levar ao quarto – próximo ao paciente;
3. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
4. Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
6. Posicionar o paciente em posição de Fowler 45°;
7. Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze simples;
8. Calçar luvas de procedimento;
9. Realizar limpeza do local da fixação (lateral da face) com soro fisiológico e gaze;
10. Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida à cicatriz umbilical, se SNE acrescentar 10 cms, mantendo técnica limpa;
11. Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
12. Lubrificar ponta distal do cateter com xilocaína gel;
13. Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax;
14. Segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo, curvá-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na narina;
15. Introduzir o cateter para baixo e na direção do ouvido mais próximo à narina a escolhida. Empurrar o cateter lentamente, ao chegar na região nasofaríngea, sentirá resistência;
16. Pedir para o paciente deglutir;
17. Introduzir o cateter até a marcação;
18. Testar o posicionamento do cateter;
19. Proceder com a fixação do cateter;
20. Desprezar o material utilizado em local próprio;
21. Retirar luvas de procedimento;
22. Deixar o paciente confortável no leito;
23. Higienizar as mãos;
24. Manter o ambiente em ordem;
25. Solicitar à equipe médica RX de controle enteral (em caso de sonda nasoenteral) e após confirmação retirar o fio guia e guardá-lo em local seguro;
26. Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Responsabilidades:

- **Riscos:** Obstrução da sonda, remoção acidental da sonda e ulceração nasal.

Prevenção de agravo:

Seguir procedimento técnico, fixar a sonda adequadamente, inspecionar narinas para avaliar a necessidade de aliviar pressões da sonda e tratar agitação psicomotora.

Tratamento da não conformidade:

- Comunicar as intercorrências ao enfermeiro e médico e realizar os registros necessários;
- Em caso de remoção acidental repassar a sonda caso necessário;
- Lavar a sonda com 20 mL de água filtrada em caso de obstrução;
- Assegurar tratamento dos agravos e atenção à família.

Observações/Recomendações complementares:

- Sempre usar EPI; Realizar os registros necessários após os procedimentos 2 de 3;
- Manter o local em ordem.

Sinais de mal posicionamento da sonda:

- Cianose facial e de extremidades;
- Tosse e dificuldade respiratória;
- Dificuldade de injetar ar para teste de ruído no fundo gástrico;
- Na presença destes sinais retirar a sonda e tentar a introdução novamente.

Referências:

Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. *POP: enfermagem (Procedimento Operacional Padrão)*. Poços de Caldas: Município de Poços de Caldas, 2022.

Autor: Amanda Pepita da Silva

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 021	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Administração de medicação por ordem verbal.

Executante: Médico, Técnico de Enfermagem e Enfermeiro.

Objetivo Geral: Garantir a administração de medicações por ordem verbal em situações emergenciais.

Resultado Esperado: Garantir a administração de medicações conforme orientação verbal e a prescrição médica assim que possível.

Preparação de material: Antes do atendimento domiciliar, o profissional deve assegurar a disponibilidade dos seguintes EPIs, conforme a necessidade do procedimento.

Descrição do procedimento:

1) Ordem verbal não é rotina:

Não deve ser utilizada como prática padrão;

A prescrição deve ser escrita o mais breve possível;

2) Só é aceitável em situações excepcionais:

Emergências reais, quando não há tempo hábil para prescrição formal

Situações críticas onde o atraso pode causar dano ao paciente.

3) Exige confirmação rigorosa:

O profissional de enfermagem deve se basear no protocolo operacional padrão específico da via medicamentosa e seguir as orientações.

4) Registro obrigatório – após executar:

Registrar no prontuário que a medicação foi administrada por ordem verbal (via

celular).

Identificar o profissional que prescreveu (nome e CRM);

Descrever exatamente o que foi orientado;

Registrar horário e circunstância;

5) Validação posterior

O médico deve formalizar a prescrição por escrito o mais rápido possível;

Se for final de semana, garantir que a prescrição seja feita e checada na segunda-feira, assim que possível.;

Responsabilidades:

- Garantir os princípios de segurança do paciente
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
- Comunicação efetiva com a equipe multiprofissional (Censo)
- Garantir prescrição médica e checagem do profissional de enfermagem

REFERÊNCIAS:

- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 564/2017 – Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, 2017.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009 – Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: ANVISA, 2013.
- Ministério da Saúde. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.
- Ministério da Saúde. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos. Brasília: MS/ANVISA/FIOCRUZ, 2013.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). WHO Guidelines on Patient Safety – Medication Without Harm, 2017.
- Joint Commission International (JCI). Padrões Internacionais de Acreditação para Hospitais – Meta Internacional de Segurança do Paciente (Identificação correta e comunicação efetiva).

Autor: Amanda Pepita da Silva

Procedimento Operacional Padrão POP	Código:022	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	------------	-----------------------------------

Tarefa: Estabelecer diretrizes para nortear os cuidados com Gastrostomia /Jejunostomia em pacientes do PMeC.

Executante: Médico, Enfermeiro, Nutricionista e Técnico;

Objetivo Geral: Padronizar os cuidados com a gastrostomia e/ou jejunostomia no âmbito do Programa Melhor em Casa, garantindo a segurança do paciente, a manutenção da permeabilidade do dispositivo, a prevenção de complicações, a administração adequada de dieta e medicamentos e a qualidade do cuidado no domicílio, com orientação ao cuidador e familiares.

Resultado Esperado: Execução uniforme do procedimento conforme diretrizes estabelecidas evitando e/ ou minimizando a ocorrência de eventos adversos durante o cuidado.

Material utilizado:

- Luvas de procedimento;
- Equipos simples;
- Frascos graduados de plástico;
- Seringas de 20 ml;
- Seringa graduada de 1ml;
- Esparadrapo para curativo;
- Seringas de 10 ml, se o paciente usar medicação;
- Álcool a 70%;
- Sabonete líquido;
- Fita adesiva hipoalergênica;
- Compressa de gaze estéril;
- Impresso de Evolução de Enfermagem / prontuário do paciente;
- Caneta azul ou preta.

**Descrição do procedimento:**

1. Lavar corretamente as mãos;
2. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
3. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
4. Verificar prescrição médica quanto ao procedimento a ser executado;
5. Preparar os materiais necessários;
6. Lavar corretamente as mãos, conforme o documento que padroniza esta ação;
7. Encher o frasco com a dieta na quantidade indicada;
8. Conectar o frasco de dieta no equipo simples;
9. Conectar o equipo no catéter da gastrostomia;
10. Regular a dieta para pingar ou correr na velocidade indicada;
11. Após terminar a dieta, lavar a sonda com água filtrada, usando a seringa de 20 ml;
12. Fechar a gastrostomia e retirar o equipo;
13. Lavar o frasco de dieta e o equipo usando detergente neutro e enxaguar bem, em água corrente para retirar o sabão;
14. Colocar o frasco e equipo dentro de uma vasilha plástica com solução clorada (1 litro de água filtrada com 1 seringa de 1 ml de água sanitária), totalmente cobertos pela solução. Retirar após 1 hora. Não precisa enxaguar;
15. Guardar o equipo e o frasco de dieta em uma vasilha bem limpa e com tampa;
16. Trocar o frasco e o equipo de 3 em 3 dias;
17. Se usar seringa, deve-se administrar a dieta lentamente, para não ocorrer diarreia;
18. A seringa de 20 ml é para infundir líquido;
19. Registrar em prontuário o procedimento e o aspecto da pele ao redor do cateter.
 - Recolher todo o material;
 - Desprezar as luvas;
 - Lavar as mãos com água e sabão após o procedimento;

Responsabilidades:

Explicar ao paciente/familiar o objetivo e o procedimento a ser realizado;

➤ Fornecer cuidado com a sonda e prevenir infecção: após a alimentação, a abertura da sonda deve ser coberta com um quadrado de gaze estéril segura por um elástico ou tira de esparadrapo.

➤ Fornecer cuidado à pele: a pele em volta da gastrostomia requer um cuidado especial, porque pode ficar irritada pela ação enzimática dos sucos gástricos que vazam ao redor da sonda. Se não for tratada, a pele torna-se macerada, vermelha, ferida e dolorida. Lavar a área ao redor da sonda com água e sabão diariamente. Caso seja necessário, aplicar, ao redor da sonda, um quadrado adesivo para manter a integridade da pele, protegendo-a contra as secreções gástricas;

➤ Ajudar na adaptação da imagem corporal: avaliar um sistema de apoio familiar. Um

membro na família pode surgir como pessoa de apoio importante, que se tornará o principal comunicador entre o paciente e o pessoal da equipe de saúde;

- Atentar para complicações como infecção de ferida, celulite no local da ferida, abscesso, sangramento dentre outros;
- Educar o paciente: mostrar ao paciente e cuidador como checar o resíduo gástrico antes da alimentação. Orientá-los a desobstruir a sonda pela administração de água em temperatura ambiente, antes da alimentação e após, para lavar a sonda e livrá-la de partículas alimentares que podem se decompor, quando deixadas na sonda;
- Todas as alimentações são administradas a temperatura ambiente ou próxima à temperatura do corpo;
- Manter a cabeceira da cama elevada por pelo menos 30 a 40 minutos após a alimentação facilita a digestão e diminui o risco de aspiração.

Autor: Alexssandra dos Santos Souza - Fevereiro/2021

Revisado por: Amanda Pepita da Silva - Julho/2026

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 023	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Administração de medicamentos via intramuscular.

Executante: Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros.

Objetivo Geral: Orientar e padronizar a administração de medicamentos via intramuscular IM.

Resultado Esperado: Garantir uma técnica padronizada para todas as medicações.

Preparação de material:

- Seringa conforme volume a ser injetado (máximo 5ml);
- Agulha adequada para aplicação (ver tabela 1);
- Agulha para aspiração (40 x 12);
- Algodão seco.
- Álcool 70%.
- Luva de procedimento.
- Bandeja e/ou cuba rim.
- Medicação prescrita;
- Diluente para o Medicamento (se necessário) Agulha hipodérmica (10 x 5 ou 13 x 4,5);

Descrição do procedimento:

- 1) Checar a prescrição medicamentosa, verificando nome do paciente, nome do medicamento, dosagem, via de administração e horário.
- 2) Checar se a medicação corresponde à prescrição, conferindo nome, concentração e data de validade.
- 3) Lavar as mãos com técnica adequada.
- 4) Realizar assepsia das ampolas com algodão embebido em álcool 70%.
- 5) Preparar a medicação conforme técnica segura, utilizando agulha 40x12 para aspiração.
- 6) Trocar a agulha após aspiração, evitando dor e contaminação do tecido muscular.

- 7) Retirar o ar da seringa e da agulha, observando a presença de bolhas.
- 8) Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante e explicar o procedimento a ser realizado.
- 9) Manter a privacidade do paciente durante todo o processo.
- 10) Higienizar novamente as mãos antes do contato direto com o paciente.
- 11) Calçar as luvas de procedimento.
- 12) Colocar o paciente em posição confortável e que favoreça o relaxamento muscular, minimizando a dor da aplicação.
- 13) Escolher o local apropriado para administração da medicação, de acordo com o protocolo institucional (glúteo, vasto lateral da coxa ou músculo deltóide).
- 14) Expor a área escolhida e delimitar o ponto de aplicação com base em referências anatômicas.
- 15) Realizar assepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, em movimento único, centrífugo.
- 16) Com a mão não dominante, pinçar o local da aplicação com o polegar e o indicador, formando uma prega muscular.
- 17) Introduzir a agulha em ângulo de 90° em relação ao músculo, com o bisel lateralizado.
- 18) Realizar aspiração do êmbolo para verificar se ocorreu punção de vaso sanguíneo; caso ocorra refluxo sanguíneo, retirar o material, desprezar todo o conteúdo e reiniciar o procedimento com nova seringa e agulha.
- 19) Injetar o medicamento lentamente, de forma contínua, observando a reação do paciente.
- 20) Retirar a agulha com movimento único, rápido e firme, no mesmo ângulo da inserção.
- 21) Realizar leve compressão no local da aplicação com algodão seco, sem massagear.
- 22) Observar o local da aplicação quanto à presença de sangramento, hematomas, dor intensa ou sinais de reação adversa.
- 23) Descartar todo o material utilizado em local apropriado, seguindo as normas de biossegurança.
- 24) Desprezar a agulha e a seringa, **sem desconectá-las ou recapá-las**, em recipiente próprio para perfurocortantes.
- 25) Retirar as luvas e descartá-las corretamente.
- 26) Lavar as mãos com água e sabão ou friccionar solução alcoólica.
- 27) Realizar anotação de enfermagem, registrando data, horário, nome do medicamento, dose, via, local de aplicação, reação do paciente, assinatura e carimbo do profissional.
- 28) Registrar o procedimento em planilha de produção, se aplicável.
- 29) Organizar e higienizar a bancada ou local de preparo e aplicação, mantendo o



ambiente limpo e seguro.

TABELA 1 – Especificação de agulhas para aplicação de IM:

Biotipo do paciente	Solução oleosa/suspensão	Solução aquosa
Magro	25mm X 8mm	25mm X 7mm
Normal	30mm X 8mm	30mm X 7mm
Obeso	40mm X 8mm	40mm X 7mm

Fonte: Procedimentos de enfermagem: guia prático, 2012.

A) LOCAL DE APLICAÇÃO: O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento e o volume adequado para cada local.
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente.

TABELA 2 – Definição do local de aplicação e volume máximo a ser administrado, em ordem de preferência:

Região	Localização
Glúteo	Quadrante superior lateral (até 5ml)
Vasto lateral	No terço médio (até 4ml)
Glúteo: região ventroglútea	Hochestetter (até 4ml) – aplicado no centro do V formado pelos seguintes vértices: palma da mão na porção do trocanter maior, o dedo indicador na espinha ilíaca ântero-superior e o dedo médio estendendo-se até a crista ilíaca.
Deltóide	Aproximadamente 4 cm abaixo do acrômio (até 2ml)

Fonte: Procedimentos de enfermagem: guia prático, 2012.

Dorsoglútea (DG):

1. Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contraindicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés

virados para dentro, pois ajudará no relaxamento.

2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca pósterio-superior até o trocânter do fêmur.
3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária.
4. Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

1. O paciente pode estar em decúbito lateral, ventral ou dorsal.
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente.
3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita.
4. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca.
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo.
6. Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado.
2. Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de 66 de largura.
3. Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltóide:

1. Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral.
2. Localizar o músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

B) ESCOLHA DO ÂNGULO

1. Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica.
2. Deltóide – ângulo 90°.
3. Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.

4. Dorso glúteo – ângulo 90°.

C) VOLUME MÁXIMO A SER ADMINISTRADO, EM ORDEM DE PREFERÊNCIA:

1. Glúteo: Quadrante superior lateral até 5ml.
2. Vasto lateral no terço médio: até 4ml.
3. Glúteo (região ventroglútea Hochstetter): até 4ml.
4. Deltóide: Aproximadamente 4 cm abaixo do acrômio até 2ml).

Responsabilidades:

- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
- Registrar procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho em ordem.

REFERÊNCIAS:

BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.

PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.

PEREIRA, M. E. R. ET AL. Manual de procedimentos básicos de enfermagem. Uberlândia, 2000.

Autor: Amanda Pepita da Silva

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 024	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Administração de medicamentos via subcutânea.

Executante: Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros.

Objetivo Geral: Orientar e padronizar a administração de medicamentos via subcutânea.

Resultado Esperado: Garantir uma técnica padronizada para todas as medicações.

Preparação de material:

- Seringa de 1 ml e 3ml;
- Agulha (10 x 5 ou 20 x 6,0);
- Algodão seco.
- Álcool 70%.
- Bandeja e/ou cuba rim.

Descrição do procedimento:

- 1) Checar prescrição medicamentosa (nome do paciente, medicamento, dosagem e via de administração);
- 2) Lavar as mãos com técnica adequada;
- 3) Aspirar à medicação em seringa apropriada com agulha adequada ao paciente;
- 4) Se apresentar e orientar o paciente sobre o procedimento;
- 5) Verificar se o nome do paciente confere com a prescrição, esclarecendo-o e/ou a seus familiares acerca da medicação;
- 6) Manter a privacidade do usuário;
- 7) Calçar as luvas;
- 8) Auxiliar o paciente para uma posição adequada, relaxando o braço, perna ou abdome, dependendo do local escolhido para injeção.
- 9) Escolher o local para aplicação do medicamento (deltóide, face externa do braço e face externa e anterior da coxa, face interna do antebraço ou região abdominal e região escapular);

- 10) Fazer assepsia da pele com algodão/ álcool 70% do centro para as bordas, aproximadamente 5 cm.
- 11) Segurar a bola de algodão ou gaze entre o terceiro e quarto dedos da mão não dominante.
- 12) Remover a capa ou bainha da agulha, puxando-a em linha reta para trás.
- 13) Segurar a seringa entre o polegar e o dedo indicador da mão dominante.
- 14) Avaliar o melhor local para a aplicação do medicamento.
- 15) Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo de 90°
- 16) Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo.
- 17) Administrar o líquido lentamente.
- 18) Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme.
- 19) Fazer leve compressão no local com algodão sem massagear a região.
- 20) Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
- 21) Lavar as mãos.

Responsabilidades:

- Não realizar massagem após aplicação de insulina para evitar a absorção rápida.
- Os locais para a aplicação da injeção devem estar livres de anormalidades que possam interferir na absorção do medicamento.
- Regiões usadas repetidamente podem se tornar endurecidas pela lipo hipertrofia (maior crescimento no tecido adiposo).
- Não deve ser aplicada em região que esteja com lesões, ferimentos ou tenha sinais associados a uma infecção.
- Para paciente eutrófico, estender firmemente a pele através do local da injeção ou pinçar a pele com a mão não dominante. Inserir a agulha de forma rápida e firme em ângulo de 45° a 90°.
- Em pacientes muito magros, utilizar ângulo de 45°.
- Para o paciente obeso, pinçar a pele do local e inserir a agulha em ângulo de 90° abaixo da dobra tissular.
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
- Registrar procedimento em planilha de produção;
- Manter ambiente de trabalho em ordem.

REFERÊNCIAS:

1. BORTOLOZO, N. M. Et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.
2. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.
3. PEREIRA, M. E. R. ET AL. Manual de procedimentos básicos de enfermagem. Uberlândia, 2000.

Autor: Amanda Pepita da Silva

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 025	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Preparo de Injeção

Executante: Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Objetivo Geral: Preparo de medicações por via parenteral de forma segura.

Resultado Esperado: Garantir o preparo correto e seguro da medicação, reduzindo riscos de contaminação e erros de administração.

Preparação de material:

- Algodão;
- Álcool;
- Medicação prescrita;
- Seringa;
- Agulha;
- Diluente (salina ou água estéril).

Descrição do procedimento:

1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde;
2. Fazer a higiene das mãos, conforme POP referência;

Preparo de medicação em ampola:

1. Bater no topo da ampola de maneira suave e rápida com o dedo, até que o líquido se desloque do gargalo da ampola;
2. Colocar compressa pequena de gaze ou chumaço de algodão com álcool ao redor do gargalo da ampola;

3. Quebrar o topo da ampola de forma rápida e firme com as mãos;
4. Aspirar lentamente a medicação, mantendo a ponta da agulha abaixo do nível do líquido;
5. Segurar a ampola de cabeça para baixo ou colocar em uma superfície plana. Inserir uma agulha no centro da abertura da ampola. Não permitir que a ponta da agulha ou a haste toque as bordas da ampola;
6. Aspirar a medicação na seringa puxando gentilmente o êmbolo;
7. Manter a ponta da agulha abaixo da superfície do fluido, inclinar a ampola para trazer todo o líquido para alcance da agulha;
8. Se bolhas de ar foram aspiradas, não se deve expelir o ar para dentro da ampola;
9. Para expelir o excesso de ar, remover a agulha da ampola. Segurar a seringa com a agulha apontando para cima. Bater suavemente na lateral da seringa para que as bolhas subam em direção à agulha. Puxar devagar o êmbolo para trás e então pressionar o êmbolo para frente, para expelir a bolha. Não ejetar o líquido;
10. Se a seringa contiver um excesso de líquido, use uma pia para dispensar o líquido. Segurar a seringa verticalmente com a ponta da agulha para cima e incline a agulha em direção à pia. Ejetar devagar o excesso de líquido na pia;
11. Realizar troca de agulha para administrar a medicação.

Preparo de medicação em frasco contendo solução:

1. Remover a capa que está cobrindo a tampa de um frasco não utilizado para expor o selo de borracha estéril, mantendo a borracha estéril;
2. Pegar uma seringa e remover a capa da agulha. Puxar o êmbolo para que a quantidade de ar que entra na agulha seja equivalente ao volume de medicação a ser aspirado no frasco;
3. Com o frasco em uma superfície plana, insira a ponta da agulha com o bisel entrando primeiro no centro do selo de borracha. Aplicar pressão na ponta da agulha durante inserção;
4. Injetar ar no espaço interno do frasco, segurando o êmbolo da seringa. Segurar o êmbolo com pressão firme; a pressão de ar dentro do frasco algumas vezes força o êmbolo para trás;
5. Inverter o frasco e manter a seringa e o êmbolo firmes. Segurar o frasco entre o polegar e o dedo médio da mão não dominante. Apertar a extremidade do tubo da seringa e êmbolo com o polegar e o dedo indicador da mão dominante para contrapor a pressão no frasco;
6. Manter a ponta da agulha abaixo do nível do líquido;
7. Permitir que a pressão de ar do frasco preencha a seringa gradualmente com a medicação. Se necessário puxe devagar o êmbolo para obter a quantidade correta da

medicação;

8. Quando o volume desejado for obtido, posicionar a agulha no espaço com ar do frasco; dar batidinhas no tubo da seringa para deslocar qualquer bolha de ar. Ejetar qualquer ar restante no topo da seringa dentro do frasco;
9. Remover a agulha do frasco puxando o tubo da seringa para trás;
10. Segurar a seringa ao nível dos olhos em ângulo de 90° assegurando o volume correto e a ausência de bolhas de ar. Remover qualquer ar restante dando batidinhas no tubo para deslocar qualquer bolha de ar. Puxar gentilmente o êmbolo; então empurrar o êmbolo para cima, para ejetar o ar. Não ejetar o líquido. Reavaliar o volume da medicação;
11. Se a medicação for administrada no tecido do paciente, trocar a agulha para uma de calibre e tamanho apropriados, de acordo com a via de administração;
12. Para frascos de doses múltiplas, elaborar um rótulo que inclua a data da mistura, concentração da medicação por mililitro e suas iniciais.

Frasco contendo pó (medicamentos reconstituídos):

1. Remover a capa que estiver cobrindo o frasco da medicação em pó e a tampa do frasco contendo o diluente apropriado. Limpar cuidadosamente ambos os selos com algodão e álcool e deixe secar;
2. Aspirar o diluente na seringa;
3. Inserir a ponta da agulha através do centro do selo de borracha do frasco com a medicação em pó. Injetar o diluente no frasco. Remover a agulha;
4. Homogeneizar completamente a medicação, rolando o frasco entre as palmas, não agitar;
5. A medicação reconstituída no frasco está pronta para ser usada. Ler o rótulo cuidadosamente para determinar a dose de medicamento após reconstituição;
6. Preparar a medicação na seringa para aplicação.

Descarte

1. Descartar imediatamente agulhas e materiais perfurocortantes em recipiente rígido, resistente à perfuração e devidamente identificado.

REFERÊNCIAS:

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (Procedimento Operacional Padrão). Poços de Caldas, 2022. Disponível em: <https://descomplica.pocosdecaldas.mg.gov.br/downloads/280520241540330POP%20ENFERMAGEM%202022.pdf>. Acesso em: 9 out. 2025.

Autor: Amanda Pepita da Silva

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 026	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Realização de Punção de Acesso Venoso Periférico (utilizando cateteres flexíveis ou agulhados)

Executante: Enfermeiro, Médico, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Objetivo Geral: Consiste em puncionar um acesso venoso periférico por meio de um dispositivo agulhado (Scalp) ou flexível (Abocath), garantindo segurança e técnica asséptica.

Resultado Esperado: Obtenção de acesso venoso periférico pérvio para infusão de soluções, medicamentos e demais terapias conforme prescrição médica.

Preparação de material:

- Luvas de procedimento;
- Algodão ou gaze;
- Álcool 70%;
- Garrote (látex);
- Seringa, agulha e solução salina para salinização;
- Esparadrapo ou similar para fixação;
- Cateter intravenoso agulhado (Scalp) ou flexível (Abocath) a depender do calibre do vaso;
- Solução salina preparada em equipo (já preenchido com solução);
- Equipo de 2 vias (Polifix) preenchido com solução salina (em caso de Abocath se necessário);
- Equipo de soro;

- Caixa de perfurocortante.

Descrição do procedimento:

1. Explicar o procedimento ao usuário do serviço de saúde;
2. Realizar a higienização das mãos, conforme POP de referência.
3. Utilizar EPI obrigatório;
4. Orientar o paciente quanto à realização do procedimento.
5. Escolher o local de punção mais adequado com vistas à indicação e condição do paciente;
6. Selecionar o tipo de dispositivo e calibre, levando em consideração idade e condição da rede venosa;
7. Para melhor visualização da rede venosa, garrotear 10 a 15 cm acima do local de inserção proposta (no membro superior, preferencialmente acima da fossa antecubital);
8. Realizar a antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%, no sentido do proximal para o distal (sentido do retorno venoso), três vezes; Aguardar secagem espontânea;
9. Preparar o dispositivo: Remova a embalagem; Retirar o protetor do cateter em movimento firme e único; Inspeccionar integridade; Realizar um giro de 360° da agulha (girando o conector – no caso de Abocath); (Caso utilizar o Scalp, removê-lo do invólucro e salinizá-lo antes da punção);
10. Tracionar a pele com o polegar abaixo do local a ser puncionado para minimizar a mobilidade da veia;
11. Introduzir o cateter venoso na pele, com o bisel voltado para cima, a um ângulo de 15° a 30°, até a cateterização do vaso;
12. Ao visualizar o refluxo sanguíneo na câmara, reduzir o ângulo e introduzir por 0,5 cm e estabilizar o cateter com uma mão paralelamente à pele;
13. Soltar o garrote;
14. Introduzir o cateter enquanto retira gradualmente a agulha guia/mandril (Abocath);
15. Após a retirada total da agulha guia, conectar o equipo previamente preparado. Atenção para os dispositivos com recolhimento automático da agulha;
16. Fixar de forma que não interfira na visualização e avaliação do local;
17. Desprezar agulha guia no coletor de resíduos perfurocortantes;
18. Recomenda-se identificar o acesso, assim que possível, com hora e data, tipo e calibre do dispositivo e nome do profissional;
19. Fazer higienização das mãos, conforme POP de referência;
20. Realizar registro.

Responsabilidades e cuidados :

- Seguir preparo de injeções conforme POP de referência;
- O uso de cateter simples com agulhas (escalpe) é indicado para infusão de volumes baixos (por curto período e/ou sem necessidade de infusão contínua) e para medicações de administração única. Seu uso está relacionado à maior ocorrência de transfixação e infiltração;
- Evitar puncionar áreas com lesão, infecção ou alteração cutânea;
- Em caso de transfixação e formação de hematoma, retirar o cateter e promover compressão direta;
- Atentar para a ocorrência de sangramento ,infiltrações,dor ou edema;
- Descartar imediatamente agulhas e materiais perfurocortantes em recipiente rígido, resistente à perfuração e devidamente identificado.

REFERÊNCIAS:

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (Procedimento Operacional Padrão). Poços de Caldas, 2022. Disponível em: <https://descomplica.pocosdecaldas.mg.gov.br/downloads/280520241540330POP%20ENFERMAGEM%202022.pdf>. Acesso em: 9 out. 2025.

Autor: Fabrício Francisco Pulhiezi

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 027	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Realização de Hipodermóclise

Executante: Médico, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

Objetivo Geral: Infundir soluções isotônicas no tecido subcutâneo, indicada para pacientes que necessitam de hidratação ou administração de medicamentos e não possuem acesso venoso periférico viável.

Resultado Esperado: Estabelecer o procedimento padronizado para administração de soluções por via subcutânea (hipodermóclise), garantindo segurança, eficácia terapêutica e conforto ao paciente.

Indicações

- Dificuldade ou impossibilidade de obtenção de acesso venoso periférico;
- Necessidade de hidratação leve a moderada;
- Administração contínua ou intermitente de medicamentos compatíveis;
- Pacientes idosos, frágeis ou em cuidados paliativos;
- Tratamento domiciliar ou institucional de longa permanência.

Contraindicações

Absoluta

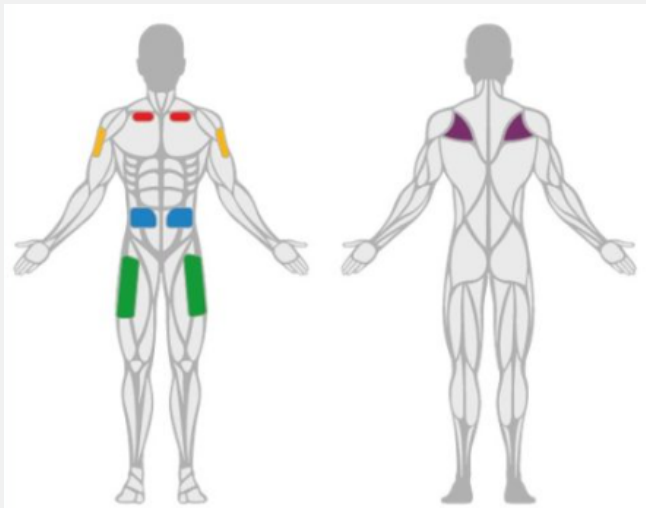
- Choque hipovolêmico;
- Necessidade de reposição volêmica rápida;
- Edema generalizado importante (anasarca);
- Infecções ou lesões extensas no local de punção;

Relativa

- Coagulopatias graves;
- Linfedema;
- Ascite volumosa;
- Caquexia extrema com ausência de tecido subcutâneo

Locais de Aplicação:

- Região anterior e lateral das coxas;
- Região deltóide (braço);
- Região subescapular;
- Região abdominal (lateral ao umbigo-distante pelo menos 5 cm do umbigo);
- Região torácica anterior e superior;



Evitar

- Áreas com edema;
- Hematomas;
- Cicatrizes;
- Radioterapia prévia;
- Lesões cutâneas;
- Processos inflamatórios ou infecciosos;
- Proeminências ósseas.

Revezar os locais a cada 72 horas ou conforme avaliação da enfermagem.

Preparação de material:

- Luvas de procedimento
- Álcool 70%
- Gaze estéril
- Seringa e agulha (para preparo da medicação, se necessário)
- Equipo de infusão para hipodermóclise (agulha tipo scalp nº 23G a 25G)
- Solução isotônica (SF 0,9% ou SG 5%)
- Fita microporosa / curativo transparente
- Saco coletor (para fixação da solução)
- Prescrição médica

Descrição do procedimento:**Preparo:**

1. Higienizar as mãos.
2. Conferir a prescrição médica e identificar o paciente.
3. Explicar o procedimento ao paciente e/ou cuidador.
4. Reunir e organizar o material.
5. Higienizar o local de punção com gaze e álcool 70%.

Instalação:

1. Conectar o equipo à solução prescrita, retirando o ar do sistema.
2. Inserir a agulha no tecido subcutâneo, formando um ângulo de 30° a 45°.
3. Fixar o scalp com fita microporosa ou curativo transparente.
4. Regular o gotejamento conforme prescrição médica (habitualmente 20 a 80 mL/h).
5. Observar sinais locais de reação (edema, dor, vermelhidão, endurecimento).

Infusão

- Velocidade habitual: 20 a 80 mL/h por sítio.
- Em situações específicas pode-se utilizar velocidades maiores, mediante avaliação clínica.
- Utilizar dois sítios simultâneos quando necessário para volumes elevados.

Responsabilidades:

- Alternar os locais de punção conforme necessidade.
- Não exceder 1.500 a 2.000 mL/24h por ponto de infusão.
- Registrar o volume administrado e as condições do local.
- Monitorar possíveis complicações.
- Registrar: Data e hora de instalação e retirada, tipo e volume da solução administrada, local de punção, reações observadas e condutas tomadas.

REFERÊNCIAS:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 629/2020 – Dispõe sobre a execução da hipodermóclise pela equipe de enfermagem.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. Brasília: MS, 2020.

PÉREZ, A. et al. Administração de fluidos por via subcutânea: revisão integrativa. Rev. Bras. Enferm., 2022.

Autor: Fabrício Francisco Pulhietti

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 028	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Coleta de Sangue Venoso

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem

Objetivo Geral: Realizar coleta de sangue venoso para análise laboratorial.

Resultado Esperado: Coleta de sangue venoso para fins de análise laboratorial.

Preparação de material:

- Água, sabão e papel toalha;
- Bandeja;
- Etiqueta para identificação e caneta;
- Luvas de procedimento;
- Garrote, bolas de algodão,
- Álcool 70°;
- Seringa de 10ml com agulha 30X7mm com dispositivo de segurança;
- Frascos para acondicionamento da amostra devidamente identificado;
- Pedido do exame.

Descrição do procedimento:

1. Realizar a higienização das mãos, conforme POP de referência;
2. Reunir o material necessário numa bandeja;
3. Fazer o rótulo do frasco de coleta, com nome completo do paciente e data de nascimento;
4. Conferir o nome completo do paciente;
5. Explicar o procedimento ao paciente;
6. Levar a bandeja com os materiais até o paciente ;
7. Posicionar o paciente de modo a facilitar a localização da veia para punção;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Solicitar que o paciente feche a mão;
10. Instalar o garrote, entre 7 e 10 cm do local escolhido para coleta de sangue;
11. Proceder a antissepsia da pele com álcool 70% ;
12. Aplicar o antisséptico com algodão em movimento circular do centro para a periferia, utilizando novo algodão a cada antissepsia e aguardando a secagem completa;
13. Introduzir a agulha no local escolhido com o bisel posicionado para cima;
14. Aspirar a quantidade de sangue necessária para o(s) exame(s) a serem realizados;
15. Soltar o garrote e solicitar ao usuário do serviço de saúde que abra a mão;
16. Comprimir o local da punção sem dobrar o braço do usuário do serviço de saúde, solicitando que o mesmo continue a comprimir por mais dois ou três minutos;
17. Transferir o sangue nos frascos, deixando que o sangue escorra lentamente pelas paredes dos mesmos;
18. Movimentar o tubo lentamente para homogeneizar seu conteúdo, caso tenha anticoagulante;
19. Recolher o material, desprezando a agulha e a seringa na caixa de descarte para perfurocortante e os demais encaminhar ao expurgo e desprezar em saco de lixo branco;
20. Não reencapar a agulha;
21. Retirar as luvas de procedimento;
22. Deixar o usuário do serviço de saúde confortável;
23. Fazer higienização das mãos, conforme POP de referência;
24. Realizar as anotações de enfermagem;
25. Enviar o material ao laboratório acompanhado do pedido, o mais rápido possível;

Responsabilidades:

- Permitir a secagem da área por 01 minuto, para evitar hemólise da amostra, e também a sensação de ardência quando o braço do paciente for puncionado;
- Não assoprar, não abanar e não colocar nada no local;
- Não tocar novamente na região após a antisepsia.
- Observar algumas complicações que podem ocorrer na coleta : sinais de hematoma e sinais de síncope vasovagal;
- Interromper a coleta em caso de mal-estar do paciente.

REFERÊNCIAS:

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (Procedimento Operacional Padrão). Poços de Caldas, 2022. Disponível em: <https://descomplica.pocosdecaldas.mg.gov.br/downloads/280520241540330POP%20ENFERMAGEM%202022.pdf>. Acesso em: 9 out. 2025.

Autor: Fabrício Francisco Pulhietti

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 029	Data da Elaboração:
--	-------------	---------------------

Tarefa: Realização de Curativo de Ferida Cirúrgica Limpa

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, conforme legislação profissional vigente e supervisão do enfermeiro.

Objetivo Geral: Realizar o curativo de feridas cirúrgicas limpas, com ou sem drenos, utilizando técnica asséptica para prevenir a contaminação e a infecção do sítio cirúrgico, favorecer o processo de cicatrização, absorver exsudatos quando presentes, manter a integridade da pele adjacente, promover conforto ao paciente e possibilitar a identificação precoce de sinais de complicações relacionadas à ferida operatória.

Resultado Esperado: Realizar curativo de ferida cirúrgica com cicatrização por primeira intenção, com ou sem drenos, preservando a integridade da incisão cirúrgica e minimizando o risco de infecção.

Preparação de material:

- Bandeja ou cuba para curativo;
- Pacote de curativo estéril;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis, quando indicado;
- Compressas ou gazes estéreis;
- Solução fisiológica estéril a 0,9%;
- Cobertura estéril, quando necessária;
- Fita microporosa, esparadrapo ou outro dispositivo de fixação;
- Saco para descarte de resíduos infectantes.

Observação: O uso de agulha 40 x 12 para irrigação não é recomendado rotineiramente em feridas cirúrgicas limpas.

Descrição do procedimento:

1. Confirmar a identificação do paciente.
2. Verificar prescrição médica e/ou de enfermagem.
3. Reunir os materiais necessários.
4. Realizar higiene das mãos conforme protocolo institucional.
5. Explicar o procedimento ao paciente.
6. Garantir privacidade e posicionamento adequado.
7. Calçar luvas de procedimento.
8. Remover cuidadosamente o curativo anterior, observando:
 - Integridade da incisão;
 - Presença de exsudato;
 - Aspecto da pele perilesional;
 - Presença de hiperemia, edema, deiscência ou sinais de infecção.
9. Descartar o material contaminado em recipiente apropriado.
10. Retirar as luvas e realizar higiene das mãos.
11. Abrir o material estéril utilizando técnica asséptica.
12. Calçar luvas estéreis, quando necessário.
13. Realizar limpeza da incisão com gaze estéril umedecida em SF 0,9%, em movimento único e suave, do local menos contaminado para o mais contaminado, utilizando uma gaze para cada passada.
14. Secar a região com gaze estéril, quando necessário.
15. Avaliar a necessidade de manutenção do curativo.

Conduta quanto à cobertura:

- Feridas cirúrgicas limpas e secas devem permanecer cobertas por, no mínimo, 24 horas após a cirurgia.
 - Após esse período, na ausência de exsudato, sangramento ou outras intercorrências, a incisão poderá permanecer exposta, conforme avaliação da equipe assistencial.
 - Quando houver drenagem, risco de contaminação ou indicação clínica, manter cobertura estéril adequada.
16. Fixar a cobertura, quando indicada.
17. Descartar os materiais utilizados conforme normas de gerenciamento de resíduos.
18. Retirar as luvas e realizar higiene das mãos.
19. Registrar o procedimento no prontuário.

Registro em Prontuário:

Registrar:

- Data e horário do procedimento;
- Aspecto da incisão cirúrgica;
- Presença e características de exsudato;
- Presença de odor;
- Condições da pele perilesional;
- Presença de dor referida pelo paciente;
- Tipo de cobertura utilizada;
- Intercorrências e condutas adotadas;
- Identificação do profissional responsável.

Responsabilidades e orientações aos paciente:

- Manter o curativo limpo e seco durante as primeiras 24 horas ou conforme orientação assistencial.
- Após a retirada do curativo, manter a ferida limpa e seca.
- Higienizar o local durante o banho com água corrente e sabonete neutro, quando liberado pela equipe assistencial.
- Secar delicadamente o local com toalha limpa, sem fricção.
- Evitar manipulação desnecessária da ferida.
- Utilizar roupas confortáveis que não provoquem atrito ou pressão sobre a incisão.
- Orientar o paciente a comunicar imediatamente sinais de infecção, tais como:

- Vermelhidão intensa;
- Dor progressiva;
- Edema;
- Secreção purulenta;
- Mau odor;
- Febre.

REFERÊNCIAS:

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (Procedimento Operacional Padrão). Poços de Caldas, 2022. Disponível em: <https://descomplica.pocosdecaldas.mg.gov.br/downloads/280520241540330POP%20ENFERMAGEM%202022.pdf>. Acesso em: 9 out. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, última versão disponível.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Diretrizes de Práticas em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 8. ed. São Paulo: SOBECC, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Autor: Fabrício Francisco Pulhiez

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 030	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Realização de Curativo de Ferida Cirúrgica Aberta/LPP

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, conforme legislação profissional vigente e sob supervisão do enfermeiro.

Objetivo Geral: Realizar o curativo de feridas cirúrgicas abertas e lesões por pressão por meio da limpeza adequada do leito da ferida e da aplicação de coberturas apropriadas, visando prevenir infecções, controlar a carga microbiana, remover exsudatos e tecidos desvitalizados quando indicado, manter um ambiente favorável à cicatrização, proteger os tecidos em reparação, promover absorção e drenagem adequadas, reduzir a dor, preservar a integridade da pele perilesional e proporcionar conforto e segurança ao paciente.

Resultado Esperado: Realizar o curativo de forma segura e eficaz, promovendo a limpeza adequada da ferida, a proteção dos tecidos viáveis, o controle do exsudato, a prevenção de infecções e a manutenção de condições favoráveis ao processo de cicatrização, contribuindo para a evolução clínica da lesão e para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Preparação de material:

- Bandeja ou cuba para curativo;
- Pacote de curativo estéril;
- Campo estéril;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis, quando indicadas;
- Compressas ou gazes estéreis;
- Solução fisiológica estéril a 0,9%;
- Seringa de 20 mL ou dispositivo próprio para irrigação;
- Coberturas padronizadas pela instituição;
- Fita microporosa, esparadrapo ou outro dispositivo de fixação;
- Atadura de crepe, quando indicada;
- Saco para descarte de resíduos infectantes.

Materiais adicionais, quando prescritos ou indicados:

- Instrumental estéril para desbridamento conservador instrumental realizado pelo enfermeiro habilitado;
- Cuba rim ou recipiente estéril;
- Materiais específicos para terapia avançada de feridas.

Descrição do procedimento:

1. Confirmar a identificação do paciente.
2. Verificar prescrição médica e/ou de enfermagem.
3. Reunir os materiais necessários, observando validade, integridade e condições de uso.
4. Realizar higiene das mãos conforme protocolo institucional.
5. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante.
6. Garantir privacidade e posicionamento adequado.
7. Calçar luvas de procedimento.
8. Remover cuidadosamente o curativo anterior, utilizando solução fisiológica quando houver aderência da cobertura ao leito da ferida.
9. Avaliar a cobertura removida quanto à saturação, integridade e características do exsudato.
10. Descartar os materiais contaminados em recipiente apropriado.
11. Retirar as luvas e realizar higiene das mãos.

12. Abrir o material estéril utilizando técnica asséptica.
13. Calçar luvas limpas ou estéreis, conforme a técnica adotada e o tipo de ferida.
14. Realizar irrigação abundante do leito da ferida com solução fisiológica estéril a 0,9%, utilizando seringa ou dispositivo apropriado para promover limpeza eficaz sem causar trauma ao tecido viável.
15. Remover resíduos, exsudatos e debris desprendidos durante a irrigação.
16. Realizar limpeza da pele perilesional com gaze umedecida em solução fisiológica. Em caso de sujidade, utilizar sabonete líquido suave na pele íntegra, removendo completamente os resíduos.
17. Avaliar sistematicamente a ferida observando:
 - Localização;
 - Dimensões (comprimento, largura e profundidade);
 - Presença de túneis ou descolamentos;
 - Aspecto das bordas;
 - Tipo de tecido presente no leito (granulação, epiteliação, esfacelo ou necrose);
 - Quantidade e características do exsudato;
 - Presença de odor;
 - Condições da pele perilesional;
 - Sinais de infecção (dor, calor, hiperemia, edema, exsudato purulento);
 - Dor referida pelo paciente.
18. Aplicar a cobertura primária adequada às características da ferida e aos objetivos terapêuticos estabelecidos.
19. Aplicar cobertura secundária quando necessário para proteção, absorção de exsudato e fixação da cobertura primária.
20. Fixar o curativo utilizando material apropriado, evitando tensão, compressão excessiva ou lesão da pele adjacente.
21. Retirar as luvas.
22. Descartar os resíduos conforme protocolo institucional.
23. Realizar higiene das mãos.
24. Organizar e higienizar a bandeja ou mesa auxiliar conforme protocolo institucional.
25. Registrar o procedimento no prontuário.
26. Orientar o paciente, familiares e/ou cuidadores quanto aos cuidados com o curativo e sinais de alerta.
27. Programar retorno ou reavaliação conforme necessidade clínica.

Responsabilidades e orientação ao Paciente:

A cobertura primária é aquela que permanece em contato direto com o leito da ferida.

A cobertura secundária é utilizada para proteção, absorção de exsudato e fixação da cobertura primária.

A frequência de troca do curativo deverá ser definida de acordo com a avaliação clínica da ferida, quantidade de exsudato e características da cobertura utilizada.

Realizar a limpeza e desinfecção da bandeja ou mesa auxiliar após cada procedimento, conforme protocolo institucional.

Encaminhar adequadamente os materiais utilizados para processamento ou descarte, conforme normas vigentes.

Orientar o paciente e familiares a manter o curativo limpo, seco e protegido.

Não remover ou substituir coberturas sem orientação da equipe de saúde.

Procurar assistência imediatamente em caso de:

- Sangramento persistente;
- Aumento da dor;
- Odor intenso;
- Febre;
- Vermelhidão progressiva;
- Edema;
- Exsudato purulento;
- Deslocamento ou perda da cobertura.

Orientar sobre o descarte adequado dos resíduos provenientes do curativo, conforme fluxo estabelecido pela rede de saúde local.

REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, última versão disponível.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA (SOBEST). Diretrizes para Prevenção e Tratamento de Lesões de Pele. São Paulo: SOBEST, última versão disponível.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Diretrizes de Práticas em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 8. ed. São Paulo: SOBECC, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão e Lesões

Crônicas. Brasília: Ministério da Saúde.

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (Procedimento Operacional Padrão). Poços de Caldas, 2022. Disponível em: <https://descomplica.pocosdecaldas.mg.gov.br/downloads/280520241540330POP%20ENFERMAGEM%202022.pdf>. Acesso em: 9 out. 2025.

Autor: Fabrício Francisco Pulhiesi

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 031	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Procedimento para Realização de Retirada de Pontos

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, conforme legislação profissional vigente, protocolos institucionais e supervisão do enfermeiro.

Objetivo Geral: Realizar a retirada de suturas cutâneas de forma segura e asséptica após avaliação adequada do processo de cicatrização, promovendo a continuidade da reparação tecidual, prevenindo complicações como deiscência e infecção, proporcionando conforto ao paciente e favorecendo a recuperação da integridade da pele.

Resultado Esperado: Retirada completa ou parcial dos fios de sutura, conforme avaliação clínica e prescrição, mantendo a aproximação adequada das bordas da ferida, sem ocorrência de deiscência, sangramento significativo ou outras intercorrências relacionadas ao procedimento.

Preparação de material:

- Bandeja ou mesa auxiliar;
- Pacote de curativo estéril;
- Campo estéril;
- Gazes estéreis;
- Solução fisiológica estéril a 0,9%;
- Luvas de procedimento;
- Pinça anatômica ou pinça dente de rato estéril;
- Lâmina de bisturi estéril descartável ou tesoura específica para retirada de sutura;
- Fita microporosa (Steri-Strip® ou similar), quando indicada;
- Saco para descarte de resíduos infectantes;
- Cobertura estéril, se necessária.

Descrição do procedimento:

1. Confirmar a identificação do paciente.
2. Verificar a prescrição médica e/ou de enfermagem.
3. Confirmar o tempo de permanência da sutura e a indicação para retirada.
4. Reunir os materiais necessários.
5. Realizar higiene das mãos conforme protocolo institucional.
6. Explicar o procedimento ao paciente.
7. Garantir privacidade e posicionamento adequado.
8. Calçar luvas de procedimento.
9. Remover cuidadosamente o curativo existente, quando presente.
10. Avaliar a incisão observando:
 - Aproximação das bordas;
 - Presença de hiperemia;
 - Edema;
 - Dor;
 - Exsudato;

- Deiscência;
 - Sinais de infecção.
11. Caso haja sinais de infecção, deiscência ou cicatrização inadequada, interromper o procedimento e solicitar avaliação do enfermeiro e/ou médico.
 12. Abrir o material estéril utilizando técnica asséptica.
 13. Realizar limpeza da incisão com solução fisiológica 0,9%, removendo resíduos e crostas superficiais quando necessário.
 14. Com auxílio da pinça estéril, elevar suavemente o nó da sutura.
 15. Seccionar o fio o mais próximo possível da pele, abaixo do nó, evitando que a parte externa contaminada atravesse o tecido.
 16. Retirar cuidadosamente o fio em movimento contínuo e suave.
 17. Depositar os fios removidos sobre gaze para controle da quantidade retirada.
 18. Proceder da mesma forma com os demais pontos.
 19. Quando houver risco de deiscência ou conforme avaliação clínica, realizar retirada alternada dos pontos e utilizar fita de aproximação (Steri-Strip® ou similar).
 20. Ao término, verificar se todos os fios programados para retirada foram removidos integralmente.
 21. Reavaliar a integridade da incisão.
 22. Aplicar cobertura estéril somente quando houver indicação clínica.
 23. Descartar os materiais utilizados conforme protocolo institucional.
 24. Retirar as luvas.
 25. Realizar higiene das mãos.
 26. Registrar o procedimento no prontuário.
 27. Orientar o paciente quanto aos cuidados após a retirada da sutura.

Responsabilidades e orientações ao paciente:

- Certificar-se do tipo de fio utilizado na sutura. Em geral, suturas com fios absorvíveis não precisam ser retiradas;
- Nos casos em que houver sinais de processos inflamatórios ou infecciosos, solicitar avaliação do enfermeiro;
- Sangramento: compressão local e avisar o médico;
- Deiscência: Aproximar parede com pontos falsos e avisar o médico.
- Fios absorvíveis normalmente não necessitam de retirada, salvo indicação específica.
- Avaliar cuidadosamente a integridade da cicatrização antes da remoção dos pontos.
- Em caso de sinais de infecção, comunicar imediatamente o enfermeiro responsável e/ou médico.

- Em caso de sangramento discreto, realizar compressão local com gaze estéril.
- Em caso de deiscência parcial ou total da ferida, interromper o procedimento, proteger o local com cobertura estéril e comunicar imediatamente o enfermeiro responsável e/ou médico.
- Orientar o paciente a manter a região limpa e seca.
- Evitar traumas, tensão excessiva ou atrito sobre a área cicatrizada.
- Procurar assistência imediata em caso de: Abertura da ferida; Vermelhidão intensa; Dor progressiva; Edema; Secreção purulenta; Sangramento persistente; Febre.

REFERÊNCIAS:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, última versão disponível.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e normativas vigentes.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Diretrizes de Práticas em Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. 8. ed. São Paulo: SOBECC, 2021.

MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS; DESCOMPLICA Poços de Caldas. POP: Enfermagem (Procedimento Operacional Padrão). Poços de Caldas, 2022. Disponível em: <https://descomplica.pocosdecaldas.mg.gov.br/downloads/280520241540330POP%20ENFERMAGEM%202022.pdf>. Acesso em: 9 out. 2025.

Autor: Fabrício Francisco Pulhietti

Procedimento Operacional Padrão POP	Código:032	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	------------	-----------------------------------

Tarefa: Realização de Reanimação Cardiopulmonar – Suporte Básico de Vida

Executante: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, conforme capacitação profissional e protocolos institucionais vigentes.

Objetivo Geral: Realizar manobras de reanimação cardiopulmonar em vítimas de parada cardiorrespiratória, por meio do reconhecimento precoce da emergência, acionamento imediato do sistema de resposta, execução de compressões torácicas de alta qualidade, ventilação adequada e utilização precoce da desfibrilação quando disponível, visando restabelecer a circulação espontânea, preservar a função neurológica e aumentar as chances de sobrevivência do paciente.

Resultado Esperado: Realizar atendimento padronizado e seguro à vítima de parada cardiorrespiratória, garantindo compressões torácicas de alta qualidade, ventilação eficaz, rápida ativação do serviço de emergência e integração das ações da equipe assistencial,

contribuindo para o retorno da circulação espontânea e redução da morbimortalidade.

Preparação de material:

- Equipamentos de proteção individual (EPIs);
- Bolsa-válvula-máscara (Ambu®) com reservatório, quando disponível;
- Máscara facial adequada ao paciente, quando disponível;
- Fonte de oxigênio, quando disponível;
- Fluxômetro, quando disponível;
- Conexões para oxigênio, quando disponível;
- Desfibrilador Externo Automático (DEA), quando disponível;
- Prancha rígida ou superfície firme;
- Aspirador de secreções, quando disponível;
- Carrinho de emergência, quando disponível.

Descrição do procedimento:

1. Garantir a segurança da cena e do profissional.
2. Utilizar os equipamentos de proteção individual recomendados.
3. Avaliar a responsividade do paciente por meio de estímulos verbais e táteis.
4. Solicitar ajuda imediatamente ao identificar paciente irresponsivo.
5. Acionar o serviço de emergência e solicitar o DEA, quando disponível.
6. Avaliar simultaneamente respiração e pulso carotídeo por no máximo 10 segundos.
7. Considerar parada cardiorrespiratória quando houver ausência de pulso ou dúvida quanto à sua presença associada à ausência de respiração normal ou presença apenas de gasping.
8. Posicionar o paciente em decúbito dorsal sobre superfície rígida e plana.
9. Expor adequadamente o tórax do paciente.
10. Iniciar imediatamente compressões torácicas de alta qualidade.

Técnica das Compressões Torácicas:

11. Posicionar a região hipotenar da mão dominante sobre o centro do tórax, na metade inferior do esterno.
12. Colocar a outra mão sobre a primeira e entrelaçar os dedos.
13. Manter braços estendidos e ombros alinhados verticalmente sobre o tórax.
14. Comprimir o tórax com profundidade de 5 a 6 cm em adultos.
15. Realizar compressões na frequência de 100 a 120 compressões por minuto.
16. Permitir retorno completo do tórax após cada compressão.
17. Minimizar interrupções durante as compressões.
18. Evitar pausa nas compressões

Ventilação, quando houver disponibilidade de materiais no domicílio:

19. Após 30 compressões, realizar abertura das vias aéreas utilizando:
 - Inclinação da cabeça e elevação do queixo, quando não houver suspeita de trauma cervical;
 - Anteriorização da mandíbula, quando houver suspeita de trauma cervical.
20. Posicionar adequadamente a máscara facial.
21. Realizar vedação utilizando a técnica "C-E".
22. Administrar duas ventilações, com duração aproximada de 1 segundo cada.
23. Observar a expansão visível do tórax durante cada ventilação.
24. Conectar a bolsa-válvula-máscara à fonte de oxigênio, preferencialmente com fluxo de 10 a 15 L/min.

Ciclos de Reanimação:

25. Manter a relação de 30 compressões para 2 ventilações.
26. Revezar o profissional responsável pelas compressões a cada 2 minutos ou antes, se houver fadiga.
27. Utilizar o DEA assim que disponível, seguindo rigorosamente suas orientações.
28. Retomar imediatamente as compressões após cada análise ou choque indicado.

Reavaliação:

29. Reavaliar pulso e ritmo apenas nos momentos recomendados pelos protocolos de reanimação.
30. Manter as manobras até:
 - Retorno da circulação espontânea;
 - Transferência para equipe de suporte avançado;

- Exaustão física dos socorristas;
 - Determinação médica de interrupção das manobras.
31. Após retorno da circulação espontânea, manter monitorização contínua e suporte adequado.
32. Organizar a unidade do paciente.
33. Descartar os materiais utilizados conforme protocolo institucional.
34. Realizar higiene das mãos.
35. Registrar detalhadamente o atendimento no prontuário.

Responsabilidades e observações:

- A prioridade inicial é reconhecer rapidamente a parada cardiorrespiratória e iniciar compressões torácicas sem atrasos.
- Compressões torácicas de alta qualidade são o principal determinante de sucesso da reanimação.
- O DEA deve ser utilizado o mais precocemente possível, quando disponível no domicílio.
- As interrupções das compressões devem ser minimizadas.
- Em pacientes pediátricos, seguir as recomendações específicas para faixa etária conforme diretrizes vigentes.
- Em lactentes, utilizar a técnica de dois dedos ou técnica dos dois polegares quando houver dois socorristas.
- A profundidade das compressões em crianças deve corresponder a aproximadamente um terço do diâmetro anteroposterior do tórax.
- Toda a equipe deve manter treinamento periódico em Suporte Básico de Vida.

REFERÊNCIA:

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Última atualização disponível.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Destaques das Diretrizes para Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência. Última versão disponível.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Suporte Básico de Vida e Atendimento às Urgências e Emergências. Brasília: Ministério da Saúde.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Normativas e legislações vigentes relacionadas à assistência em urgência e emergência.

BAUER, Affonso Chiamenti et al. Suporte Básico de Vida: Atualização das Diretrizes da American Heart

Association. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 2018.

Autor: Natália Evangelista da Silva

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 033	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Estabelecer os critérios indicativos de Sedação Paliativa em Domicílio e sua execução nos pacientes em Cuidados Paliativos acompanhados pelo Programa Melhor em Casa/SAD.

Executante: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem, conforme atribuições profissionais e protocolos do Programa Melhor em Casa.

Objetivo Geral: Estabelecer critérios para indicação, planejamento, execução e monitorização da sedação paliativa em pacientes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa, visando o alívio proporcional de sintomas refratários causadores de sofrimento intenso, preservando a dignidade, o conforto e a qualidade de vida do paciente em fase avançada de doença ameaçadora da vida, sem intenção de antecipar ou prolongar o

processo de morte.

Resultado Esperado: Realizar a sedação paliativa de forma ética, segura, proporcional e baseada em critérios clínicos bem estabelecidos, promovendo controle adequado dos sintomas refratários, redução do sofrimento do paciente, apoio à família e minimização de eventos adversos relacionados ao procedimento.

A sedação paliativa poderá ser considerada quando houver presença de sintomas refratários, definidos como aqueles que não respondem adequadamente às medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas disponíveis e toleráveis, causando sofrimento intenso e persistente ao paciente.

Procedimentos:

1. Identificar se **há indicação** de Sedação Paliativa em domicílio.

Sintomas refratários: Sintomas que não respondem adequadamente às medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, mesmo quando otimizadas, e que geram sofrimento intenso ou intolerável ao paciente.

Critérios de refratariedade:

- Falha no controle sintomático com terapêutica adequada
- Presença de efeitos adversos intoleráveis
- Alívio improvável em tempo aceitável para o paciente
- Sofrimento intenso e persistente

A sedação paliativa deve ser considerada como **medida de último recurso**, quando houver sintomas refratários, tais como:

- Dor intratável
- Dispneia refratária
- Delírio agitado refratário
- Hemorragia maciça
- Obstrução de vias aéreas superiores
- Sofrimento existencial profundo

2. Obter consentimento informado do paciente (verbal ou escrito), sempre que possível. Na incapacidade do paciente deve-se considerar as Diretivas Antecipadas de Vontade e

realizar decisão compartilhada com familiares/cuidadores. Todo procedimento deverá ser registrado em prontuário e garantir que a indicação seja devidamente justificada e não tenha intenção de abreviar a vida.

3. Padronização do medicamento utilizado para sedação paliativa:

3.1) Midazolam (1ª escolha): Benzodiazepínico

Indicações:

- Dor refratária
- Dispneia
- Delírio agitado
- Sofrimento psíquico

Vias: Subcutânea (bolus ou contínua) ou Intravenosa contínua

Observação: Dose titulada conforme resposta clínica

3.2) Clorpromazina: Neuroléptico

Indicação:

- Delírio agitado refratário

Uso: Associado ao midazolam em casos de difícil controle ou efeito paradoxal

Vias: Oral ou intravenosa

3.3) Fenobarbital (2ª escolha): Barbitúrico

Indicações:

- Falha ou contraindicação ao midazolam
- Sedação profunda contínua

Vias: Subcutânea ou Infusão contínua

Observação: Todos procedimentos devem ser executados conforme prescrição médica e sempre associados a otimização de analgesia para tratamento de desconfortos e

sintomas refratários.

4. Procedimento

4.1) Avaliação Inicial

- Confirmar presença de sintoma refratário
- Avaliar gravidade e sofrimento
- Definir nível de sedação necessário

4.2) Planejamento

- Escolher medicação adequada
- Definir via de administração
- Estabelecer plano de titulação

4.3) Execução

- Administrar conforme prescrição médica
- Iniciar com dose baixa e titular progressivamente
- Ajustar conforme resposta clínica.

CUIDADOS:

- **Monitorização e Cuidados:** avaliar nível de sedação regularmente, reavaliar sintomas continuamente, manter analgesia previamente instituída, suspender medicamentos não essenciais e monitorar retenção urinária e impactação fecal;
- **Cuidados com a Família:** informar sobre o objetivo da sedação e esclarecer que não se trata de eutanásia e não há intenção de antecipar a morte;
- **Garantir:** apoio emocional e técnico, comunicação contínua, privacidade e acolhimento
- **Registro em Prontuário:** deve conter indicação da sedação, descrição dos sintomas refratários, consentimento do paciente/família, plano terapêutico, evolução clínica e ajustes realizados.

REFERÊNCIAS:

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. 3. ed.

São Paulo: ANCP, última versão disponível.

CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. Manual de Cuidados Paliativos. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2. ed. São Paulo, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Volume 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

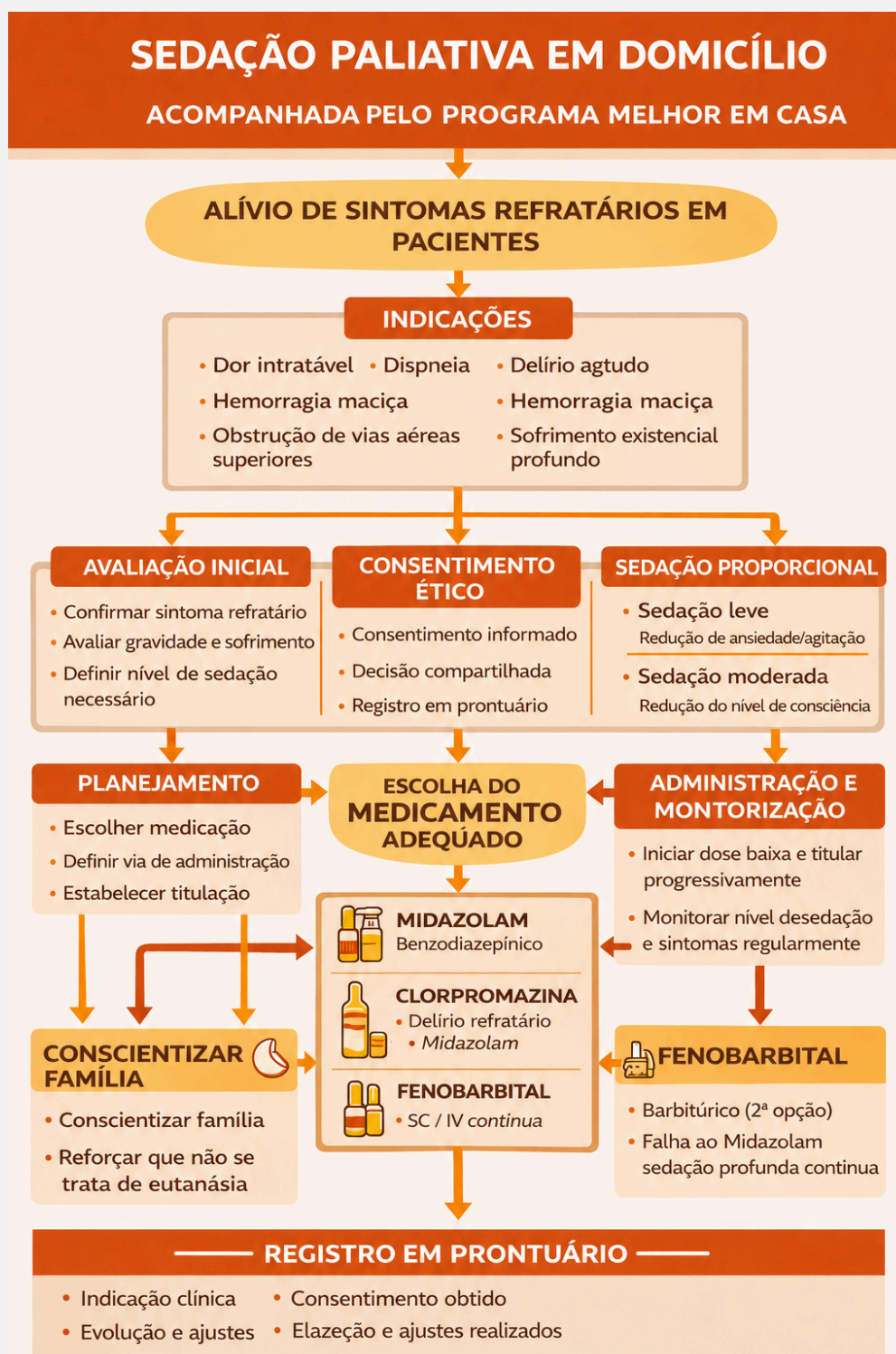
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resoluções vigentes sobre cuidados paliativos, terminalidade da vida e Diretivas Antecipadas de Vontade.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Palliative Care Guidelines. Última versão disponível.

Autor: Beatriz Helena Martins Lusvarghi- Agosto/2021

Revisão: Thiago Henrique de Souza - Julho/2026

Anexo - Fluxograma para tomada de decisão de sedação paliativa em domicílio



Procedimento Operacional Padrão POP	Código:034	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	------------	-----------------------------------

Tarefa: Estabelecer critérios, etapas e responsabilidades para a decanulação segura de pacientes com traqueostomia, garantindo segurança respiratória, redução de complicações e padronização do cuidado.

Executante: Médico, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo

Objetivo geral: Promover a troca de cânulas e/ou decanulação no paciente traqueostomizado de forma segura.

Evitar

1) Complicações traqueais pelo uso prolongado da cânula plástica com cuff:

- Estenose traqueal;
- Fístulas traqueais;
- Sangramentos;
- Infecções;
- Broncoaspiração;
- Alterações da fonação e da deglutição.

2) Complicações por decanulação precipitada:

- Necessidade de recanulação ou reintubação de emergência;
- Broncoaspiração;
- Perda da via aérea;
- Insuficiência respiratória aguda;
- Hipoxemia/desaturação;
- Pneumonia aspirativa decorrente de tosse ineficaz ou redução do nível de consciência.

3) Complicações clínicas associadas:

- Pneumonia aspirativa;
- Atelectasias por retenção de secreções;
- Insuficiência respiratória.

Garantir

- Estabilidade clínica geral;
- Ausência de drogas vasoativas;
- Temperatura corporal $< 38^{\circ}\text{C}$;
- Frequência cardíaca < 140 bpm;
- Frequência respiratória < 20 ciclos/minuto;
- Saturação de $\text{O}_2 > 90\%$ em ar ambiente;
- Nível de consciência adequado (Escala de Coma de Glasgow ≥ 8 pontos);
- Paciente alerta e colaborativo;
- Não dependência de ventilação mecânica;
- Ausência de necessidade de umidificação artificial contínua;
- Presença de tosse eficaz;
- Capacidade de manejo das secreções respiratórias;
- Via aérea pérvia;
- Avaliação fonoaudiológica favorável;
- Ausência de risco significativo de broncoaspiração;
- Deglutição funcional e segura;
- Traqueostomia realizada há pelo menos 7 dias;
- Tolerância à oclusão da cânula e/ou válvula de fala, quando aplicável;
- Cânula sem cuff ou com cuff totalmente desinsuflado, quando indicado.

PROCEDIMENTOS:

- A. Avaliar o paciente e comunicar ao médico a indicação de troca de cânula e/ou decanulação.
- B. Auxiliar o médico na troca da cânula e no procedimento de decanulação.
- C. Avaliar, em conjunto com a equipe multiprofissional, o sucesso do procedimento.
- D. Seguir as orientações descritas no fluxograma institucional de decanulação, desde a avaliação inicial até a confirmação do sucesso do procedimento.



TESTE DE OCLUSÃO (ORIENTAÇÕES)

- Explicar o procedimento ao paciente;
- Desinsuflar completamente o cuff;
- Ocluir a cânula com dedo enluvado;
- Observar a respiração pelas vias aéreas superiores (nariz e boca);
- Avaliar a capacidade de fonação;
- Monitorar a saturação periférica de oxigênio durante o procedimento.

Sinais de alerta durante o teste:

- Estridor;
- Ausência ou diminuição dos ruídos respiratórios cervicais;
- Ausência de fluxo de ar nasal ou oral;
- Retração supraclavicular ou intercostal;
- Aumento do esforço respiratório;
- Prolongamento do tempo inspiratório;
- Queda da saturação periférica de oxigênio;
- Desconforto respiratório.

CUIDADOS:

A avaliação da deglutição e da fonação deve ser realizada pelo fonoaudiólogo, preferencialmente com a presença do fisioterapeuta;

A troca de cânula (plástica para plástica ou plástica para metálica) deve ser realizada pelo médico com auxílio da equipe de enfermagem;

Realizar higiene brônquica previamente à troca da cânula, incluindo:

- Aspiração da traqueostomia;
- Aspiração das vias aéreas superiores;
- Aspiração da cavidade oral;
- Prevenção da broncoaspiração de secreções, especialmente das secreções acumuladas acima do cuff;

O fisioterapeuta poderá realizar o teste de oclusão da cânula quando considerar o procedimento seguro, após discussão com a equipe assistencial;

O fisioterapeuta poderá avaliar o sucesso do teste e solicitar reavaliação médica para decanulação e oclusão do estoma;

A decisão pela decanulação deverá ser multiprofissional e registrada em Plano Terapêutico Individual (PTI).

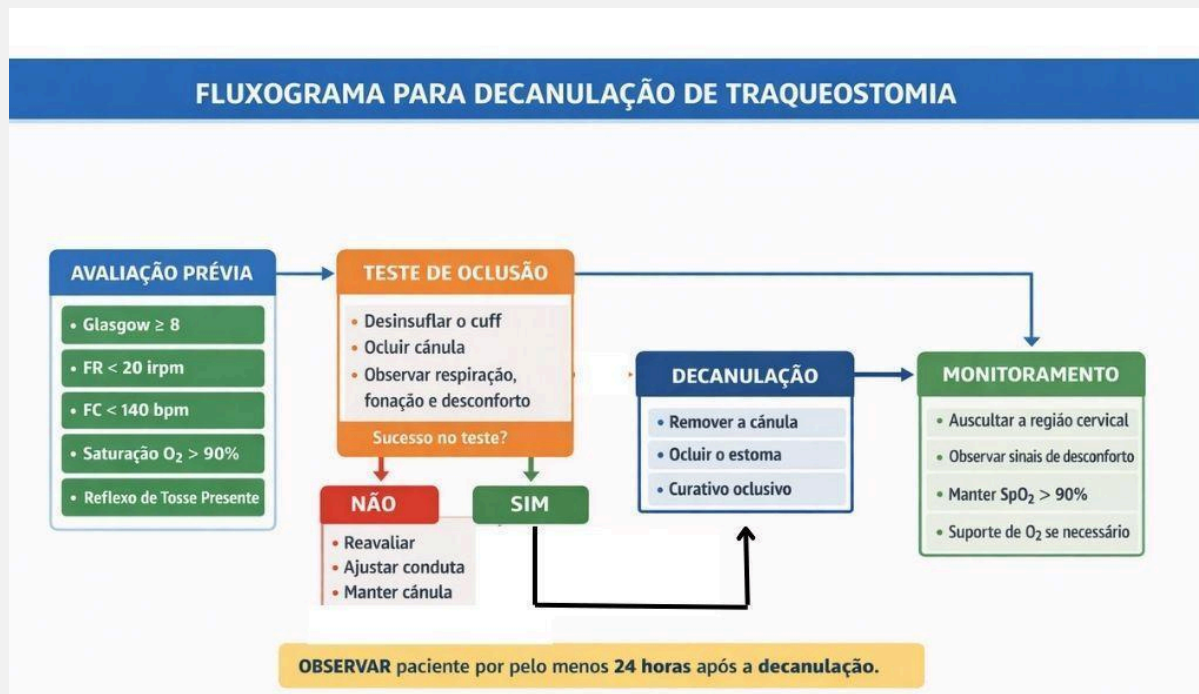
REFERÊNCIAS:

1. GAMBAROTO, G. **Fisioterapia Respiratória em Unidade de Terapia Intensiva**. Ed. Atheneu: São Paulo. 1ª ed., p. 315-318, 2006.
2. KENT, L. C. Tracheostomy Decannulation. **Respir Care**. v. 50, n. 4, p. 538 -541, 2005.
3. O'CONNOR, H. H; WHITE, A. C. Tracheostomy Decannulation *Respir Care*. v. 55, n. 8, p. 1076 -1081, 2010.
4. STELFOX, H. T.; CRIMI, C.; BERRA, L.; NOTO, A.; SCHMIDT, U.; BIGATELLO, L. M.; HESS, D. Determinants of tracheostomy decannulation: an international survey. **Critical Care**, 2008.
5. LIMA, C.A.; SIQUEIRA, T. B.; TRAVASSOS, E. F.; MACEDO, C. M. G.; BEZERRA, A. L.; PAIVA JUNIOR, M. D. S.; ANDRADE, F. M. D.; FRANÇA, E. E.T. Influência da força da musculatura periférica no sucesso da decanulação. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 23, n. 1, p. 56-61, 2011.
6. LAGES, N. C. L.; NEUMAMM, L. B. A. Decanulação em Traqueostomia: Uma Abordagem Prática. Dispo-nível em: <http://interfisio.com.br/?artigo&ID=446>Acesso em nov. 2012.
7. MARTINEZ, G. H.; FERNANDEZ, R.; CASADO, M. S.; CUENA, R.; LOPEZ-REINA, P.; ZAMORA, S.; LU-ZON, E. Tracheostomy Tube in Place at Intensive Care Unit Discharge Is Associated With Increased Ward Mortality. **Respiratory Care**. v. 54, n 12, 2009
8. CERIANA, P.; CARLUCCI, A.; NAVALESI, P.; RAMPULLA, C.; DELMASTRO, M.; PIAGGI, G., et al. Weaning from tracheotomy in longterm mechanically ventilated patients: feasibility of a decisional flowchart and clinical outcome. **Intensive Care Med**. v. 29, n. 5, p. 845-848, 2003.
9. MENDES, T.A. B.; CAVALHEIRO, L.V.; AREVALO, R.T.; SONEGTH, R. Estudo preliminar sobre a pro-posta de um fluxograma de decanulação em traqueostomia com atuação interdisciplinar. **Einstein**. v. 6, n.1, p. 1-6, 2008.

Autores: Eliane Martins Alves, Roberta Ângela Lopes Dominguite e Tarcisio Nema de Aquino-Setembro/2019

Revisão: Juliana Ferreira Bertozzi, Natália Evangelista da Silva e Thiago Henrique de Souza-Julho/2026

Anexo - Fluxograma para processo de decanulação do paciente traqueostomizado



Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 035	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Dispositivo respiratório ideal para uso de acordo com patologia.

Executante: Fisioterapeuta e Médico

Objetivo Geral: Descrever os critérios para indicação do dispositivo respiratório mais adequado aos pacientes acompanhados pelo PMeC.

Resultado Esperado: Fornecer melhor dispositivo para respiração do paciente

Preparação de material:

- CPAP
- BIPAP
- Ventilador Mecânico

Indicações para uso:

Doenças Neuromusculares e Doenças Restritivas:

Será indicado a ventilação domiciliar para os pacientes com:

- Sintomas acima de um, acrescido de um critério fisiológico ou funcional.
- Critérios de sintomas: fadiga, cefaleia, dispneia ou disfunção cognitiva, sonolência.

Critérios Fisiológicos:

- Gasometria arterial diurna: $\text{PaCO}_2 > \text{ou } = 45 \text{ mmHg}$, desaturação noturna em oxímetro com $\text{SatO}_2 < 88\%$ por mais que 5 minutos (quando disponível).
- Critérios Funcionais: Espirometria com Capacidade Vital Forçada $< \text{ou } = 50\%$ e ou Pressão inspiratória máxima $< 60 \text{ cmH}_2\text{O}$.

Doenças com Sinais de Hipoventilação Noturna:

Será indicado a ventilação domiciliar para os pacientes com mais de um dos critérios de sintomas, acrescido de um critério fisiológico e funcional.

- Critérios de sintomas: fadiga, cefaleia, dispneia ou disfunção cognitiva, sonolência.

- Critérios Fisiológicos: Gasometria arterial diurna: $PACO_2 > \text{ou } = 45\text{mmHg}$ e $PaCO_2$ no sono ou após despertar $> \text{ou } = 7\text{mmHg}$ da $PACO_2$ basal acordado quando possível coleta.
- Critérios Funcionais: Espirometria com relação VEF1/CVF pós broncodilatador $> \text{ou } = 70\%$ e Polissonografia com $SaO_2 \leq 88\%$ por mais que 5 minutos durante o sono não causado por eventos obstrutivos.

Síndrome de Apnéia e Hipopnéia do sono:

Será indicado a ventilação domiciliar com CPAP para os pacientes com:

- Índice de distúrbios respiratório > 30 horas, comprovando em polissonografia de noite inteira do tipo 1
- Paciente com titulação da pressão contínua do CPAP

Será indicado a ventilação domiciliar com BIPAP para os pacientes com:

- Paciente que necessite titulação da pressão contínua do CPAP $> \text{ou } = 15 \text{ cmH}_2\text{O}$
- Pacientes com sinais e sintomas de hipoventilação noturna.

REFERÊNCIAS:

HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFU. *Ventilação Mecânica Não Invasiva em Atendimento Domiciliar Adulto e Pediátrico*. 05 de maio de 2026.

Autor: Natália Evangelista da Silva , Camila de Jesus Saqueli e Lara Santicioli Chagas de Freitas

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 036	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Ventilação mecânica não invasiva em domicílio em paciente adulto e pediátrico

Executante: Fisioterapeuta e Médico

Objetivo Geral: Descrever o fluxo para indicação, solicitação e uso da ventilação não invasiva para pacientes acompanhados pelo PMeC.

Resultado Esperado: Fornecer melhor padrão respiratório para pacientes em uso de dispositivos que auxiliam na respiração.

Preparação de material:

- Ventilador mecânico binível portátil disponibilizado pela rede;
- Interface: máscara ventilada disponibilizada pela rede.
- Circuito ramo simples sem válvula exalatória;
- Umidificador externo ou acoplado;
- Modem externo ou acoplado;

Indicações para uso:

A VNI é indicada a todos os pacientes que apresentem pelo menos uma das alterações abaixo:

- Capacidade Vital Forçada $\leq 70\%$ do previsto em exame de espirometria;
- Pressão parcial de gás carbônico (PaCO_2) ≥ 45 mmHg em exame de gasometria arterial;
- Dessaturação noturna com oximetria mostrando nível de saturação de oxigênio (SaO_2) $< 88\%$ por mais de 5 min verificado em exame de polissonografia ou oximetria noturna;
- Índice de Apnéia-Hipopnéia (IAH) ≥ 30 eventos por hora em exame de polissonografia associado a Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 30\text{kg/m}^2$. Ainda são considerados a presença de sintomas respiratórios, como dispnéia, cefaléia matinal ou sonolência diurna.
- Equipamentos BIPAP serão prescritos somente para pacientes que façam uso de **até**

18 horas por dia.

Indicações para prescrição:

1. O profissional médico responsável pelo paciente avaliará o quadro clínico e julgará a necessidade de encaminhamento para uma consulta com médico especialista em Cardiopulmonar/Neurologia.
2. Junto a este encaminhamento deve estar anexado exames que comprovem a indicação da VNI conforme descrito nos critérios de indicação, caso o paciente tenha.
- 2.1 Caso paciente não tenha exames, o profissional especializado solicitará.
3. Após consulta, estando com o pedido em mãos do equipamento, o familiar deverá comparecer no Departamento de Oxigenoterapia do município para solicitação de instalação.
4. A instalação do equipamento é realizada pela empresa contratada pela Prefeitura local de acordo com os parâmetros solicitados pelo médico especialista.
5. O paciente, familiar e/ou cuidador é treinado durante a instalação do equipamento para manuseio do mesmo, da interface, higienização e cuidados com os dispositivos utilizados.
6. É responsabilidade do fisioterapeuta do PMeC, reforçar as orientações e seguir com atendimento domiciliar em relação á parâmetros e ajustes necessários no aparelho, com enfoque no bem estar do paciente.
7. Enquanto o paciente permanecer em domicílio e estiver admitido pelo PMeC, é de responsabilidade da equipe o acompanhamento desse paciente.

Responsabilidades:

Fornecimento:

- Caso o paciente esteja em ambiente hospitalar em uso de BIPAP, é de inteira responsabilidade do local da alta fornecer os pedidos necessários.

Limpeza e Manutenção dos equipamentos:

- É de responsabilidade do cuidador/familiar a manutenção regular da higiene dos materiais e dispositivos;
- Semanalmente limpar o exterior do equipamento com um pano umedecido com uma solução de limpeza suave;
- Diariamente higienizar e o circuito com água corrente;
- Diariamente higienizar o copo umidificador e trocar a água (utilizar água filtrada ou fervida);
- Diariamente higienizar interface (máscara) com gaze umedecida;

- Semanalmente higienizar fixador da interface com água corrente e sabão de sua preferência;
- Semanalmente higienizar circuito e copo umidificador com água morna e solução de cloro (1 colher de sopa de hipoclorito de sódio para cada litro de água), deixar de molho por cerca de 15 minutos, enxaguar bem em água corrente e deixar secar a sombra;
- Circuitos e máscaras podem ser substituídos a cada 6 meses ou mais, dependendo da necessidade, quando danificados ou apresentando desgaste pelo uso.
- Em caso de danos no equipamento (falha ou erros) os familiares e/ou cuidadores devem entrar em contato com a empresa prestadora de serviço, responsável pela troca e manutenção quando necessário. O telefone é disponibilizado ao paciente, família e/ou cuidador pelo setor responsável.

REFERÊNCIAS:

HOSPITAL DE CLÍNICAS – UFU. *Ventilação Mecânica Não Invasiva em Atendimento Domiciliar Adulto e Pediátrico*. 05 de maio de 2023.

Autor: Natália Evangelista da Silva, Camila de Jesus Saqueli e Lara Santicioli Chagas de Freitas

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 037	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Ventilação mecânica invasiva em domicílio em paciente adulto e pediátrico

Executante: Fisioterapeuta e Médico

Objetivo Geral: Descrever o fluxo para indicação, solicitação e uso da ventilação não invasiva para pacientes acompanhados pelo PMeC.

Resultado Esperado: Fornecer melhor padrão respiratório para pacientes em uso de dispositivos de suporte total à vida.

Preparação de material:

- Ventiladores mecânicos domiciliares disponibilizados pela rede pública que estejam dentro das normas de “Suporte Total à Vida”.
- KIT VMI (Traqueia, traqueinha, circuito duplo, adaptador para O2)
- Umidificador ativo
- Bateria (Nobreak)
- Reanimador manual (ambu).
- Aspirador traqueal elétrico via sonda ou Trakcare
- Cilindro de oxigênio

Indicações para uso em domicílio:

A VMI é indicada a todos os pacientes que apresentem abaixo:

- Presença de cuidador em domicílio adequado e orientado com treinamento hospitalar antes da desospitalização
- Domicílio livre de riscos com avaliação de insalubridade, condições de saneamento básico e rede elétrica estável
- Necessidade de suporte ventilatório > ou =19 horas por dia
- Traqueostomia com via aérea estável
- Condições clínicas estáveis: sem arritmias ou disfunção grave cardíaca e processos

infecciosos agudos, com $\text{FiO}_2 < 40\%$.

- Nutrição adequada, estabilidade metabólica
- Seguimento de atendimento domiciliar garantido por equipe de Programa Melhor em Casa com equipe Multiprofissional como: médico, fisioterapeuta, enfermeiro, técnico de enfermagem, nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga e assistente social, conforme avaliação médica hospitalar antes da desospitalização.
- Fornecimento de hospital de retaguarda que garanta a internação em qualquer situação de urgência ou emergência.

Contraindicações para manter em domicílio:

- Meteorismo: distensão gástrica. Principalmente paciente com baixa complacência pulmão-tórax.
- Qualquer complicação que gere instabilidade clínica e hemodinâmica do paciente deve ser avaliada por médico e indicada a reinternação hospitalar, por isso a importância de visitas frequentes.

Principais complicações do uso de VMI em domicílio:

- Diminuição de débito cardíaco principalmente se paciente sob pressão positiva, por reduzir o retorno venoso e pré-carga ventricular direita.
- Alcalose respiratória aguda: muito comum. Pode prejudicar a perfusão cerebral e predispor a arritmias.
- Dispneia, dor, agitação, hiperventilação alveolar.
- Elevação de pressão intracraniana: se paciente sob pressão positiva.
- Rolos de secreção em na cânula de traqueostomia ou nas vias aéreas e hipoventilação alveolar.
- Barotrauma/ volutrauma: ocorre se pressões ou volumes muito altos.
- Lesões por pressão por uso de equipamento/traqueostomia devido fixação de máscaras e por pressão elevada em balonete da cânula de traqueostomia (traqueomalácia).

Treinamento cuidadores em situações de emergência e urgência no domicílio como:

- Falta de energia no domicílio:
 - 1) Verificar se o ventilador está conectado a bateria (NOBREAK);
 - 2) Entrar em contato com a empresa responsável do aparelho e a instituição fornecedora de energia de sua cidade informando sobre a necessidade do fornecimento para a vida.
 - 3) Se o ventilador parar de funcionar imediatamente conecte a cânula de traqueostomia ao reanimador manual (ambu);

- 4) Utilize o reanimador manual imediatamente até a chegada do serviço de emergência ou retorno da energia.
- Quebra do ventilador:
 - 1) Se o ventilador parar de funcionar, imediatamente conecte a cânula de traqueostomia ao reanimador manual.
 - 2) Utilize o reanimador manual imediatamente até a chegada do serviço de emergência ou retorno da energia.

Em todas essas situações é necessário garantir materiais essenciais no domicílio: bateria, reanimador manual, aspirador elétrico e cilindro de oxigênio.

REFERÊNCIAS:

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. *Melhor em Casa: Manual de Procedimentos Operacionais Padrão*. São Paulo: Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria de Saúde. PDF. Acesso em: 15 de out. 2025.

Autor: Natália Evangelista da Silva, Camila de Jesus Saqueli e Lara Santicioli Chagas de Freitas

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 038	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Oxigenoterapia

Executante: Fisioterapeuta e Médico

Objetivo Geral: Fornecer oxigenoterapia domiciliar aos pacientes acompanhados pelo PMeC que apresentem indicação clínica.

Resultado Esperado: Melhorar a qualidade de vida de paciente pneumopata crônico realizando a prevenção e/ou a diminuição da internação hospitalar, resultando na otimização de leitos hospitalares, ocupados por pacientes com necessidade exclusiva de oxigenoterapia.

Preparação de material:

- Concentrador de oxigênio de 5 ou 10 litros;
- Cilindro de reserva;
- Cilindro de transporte;
- Cânula Nasal;
- Extensor;

Indicações para uso: De acordo com perfil dos pacientes atendidos pelo PMeC, o oxigênio será prescrito para pneumopatas crônicos, insuficientes respiratórios, pessoas com queda de SpO2 e sem rebaixamento de nível de consciência.

Fluxo de solicitação: existem duas formas do paciente possuir o oxigênio em casa:

1. Paciente recebe alta hospitalar em uso de oxigênio, sendo que toda função de solicitação é responsabilidade do hospital onde o mesmo encontrava-se internado.
2. Avaliação da equipe do PMeC e decisão de prescrição de oxigênio, seguindo o fluxo abaixo:

→ Fisioterapeuta ou Médico fazem o pedido do oxigênio constando:

- Tipo de oxigênio
- Patologia
- Quantidade de litros
- Tempo de uso

→ Após isso, o familiar se dirige ao ODP com pedido em mãos, cópia do RG/CPF do paciente, comprovante de residência, cópia do RG/CPF do responsável.

→ Departamento de Oxigenoterapia do município irá organizar a entrega para o paciente.

Autor: Natália Evangelista da Silva, Camila de Jesus Saqueli e Lara Santicioli Chagas de Freitas

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 039	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Ficha de Avaliação Fisioterapêutica

Executante: Fisioterapeuta

Objetivo Geral: Padronizar o instrumento de avaliação fisioterapêutica dos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa (PMeC), garantindo uma abordagem sistematizada, segura e eficaz.

Resultado Esperado: Melhorar a qualidade de vida dos pacientes por meio de avaliação fisioterapêutica criteriosa, possibilitando intervenções precoces, prevenção de complicações e redução de internações hospitalares, contribuindo para a otimização dos leitos hospitalares.

Preparação de material:

- Oxímetro de pulso
- Esfigmomanômetro e estetoscópio
- Termômetro
- Ficha de avaliação fisioterapêutica
- Prontuário do paciente
- Equipamentos de proteção individual (EPI)
- Fita métrica
- Escala de Borg impressa
- Peak flow (quando disponível)

Ficha de avaliação: em anexo

A ficha de avaliação é composta por: Anamnese, Avaliação Física, Sinais Vitais, Avaliação Funcional, Avaliação Respiratória, Avaliação Neurológica e Avaliação Cardiovascular e Avaliação da Pele/Risco de Lesão.

A conduta fisioterapêutica deverá constar no Plano Terapêutico Individual (PTI) de cada paciente, com atualização conforme necessidade assistencial.

Autor: Roberta Ângela Lopes Dominguite e Tarcísio Nema de Aquino - Setembro/2019

Revisão: Natália Evangelista da Silva- Julho/26

Anexo - Ficha de Avaliação Fisioterapêutica Adulto

Ficha de Avaliação Fisioterapêutica Adulto

Nome: _____ DN: ____/____/____

Data da avaliação: ____/____/____ Equipe de Referência: ☐ Área 1 ☐ Área 2

2 **Telessaúde:** ☐ Sim ☐ Não

Histórico Clínico

Diagnóstico Principal: _____

Comorbidades: _____

Queixas atuais: _____

Histórico de Internações recentes: ☐ Não ☐ Sim

Qual? _____

Avaliação Funcional

Estado Geral

• **Nível de consciência:** ☐ Alerta ☐ Sonolento ☐ Rebaixado

• **Dor:** EVA (0–10) _____ Local: _____

Mobilidade Funcional

Mudança de decúbito: ☐ Independente ☐ Parcial ☐ Dependente

Levantamento da cama: ☐ Independente ☐ Parcial ☐ Dependente

Deambulação: ☐ Sem auxílio ☐ Com dispositivo ☐ Dependente

Equilíbrio:

Sentado: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

Em pé: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim

Força Muscular (MMSS/MMII) (Escala de Oxford)

• **SD:** _____

SE: _____

• **ID:** _____

IE: _____

Tônus Muscular: ☐ Normal ☐ Hipotonia ☐ Hipertonia ☐ Espasticidade



Amplitude de Movimento (ADM)

- MMSS: _____
- MMII: _____
- Coluna: _____

Avaliação Respiratória

- FR: _____ irpm
- SatO₂: _____ % (em ar ambiente / O₂ _____ L/min)
- AP: _____
- Padrão respiratório: _____
- Tosse: ☐ Eficaz ☐ Ineficaz ☐ Ausente
- Secreção: ☐ Ausente ☐ Escassa ☐ Moderada ☐ Abundante
- Dispositivo: _____ Fluxo: _____ Cilindro: _____
- Dados: _____

Avaliação Neurológica

- Estado cognitivo: _____
- Alterações neurológicas: _____
- Sensibilidade: ☐ Hiper ☐ Hipo (não avaliado com estesiômetro)

Avaliação Cardiovascular

- FC: _____ bpm
- PA: _____ / _____ mmHg
- Edema: ☐ Não ☐ Sim – Localização: _____

Avaliação da Pele / Risco de Lesão

- Integridade da pele: _____
- LPP presentes: ☐ Não ☐ Sim – Localização/Estágio: _____
- Indica uso de laser: ☐ Não ☐ Sim

Fisioterapeuta

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 040	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Processo de transição de terapia nutricional enteral via oral

Executante: Fonoaudióloga e Nutricionista

Objetivo geral: Promover a transição segura e gradual da terapia nutricional enteral para a alimentação por via oral, mediante avaliação multiprofissional da deglutição, do estado clínico e das necessidades nutricionais do paciente, reduzindo os riscos de broncoaspiração, desnutrição, desidratação e complicações relacionadas ao uso prolongado de vias alternativas de alimentação, favorecendo a recuperação funcional, a qualidade de vida e a autonomia alimentar.

Resultados esperados: Realizar a reintrodução progressiva da alimentação por via oral de forma segura e individualizada, garantindo adequada ingestão nutricional e hídrica, manutenção da segurança da deglutição, redução do risco de aspiração e retirada gradual da terapia nutricional enteral conforme evolução clínica e funcional do paciente.

Evitar:

- Complicações pelo uso prolongado das vias alternativas de alimentação (SNE, SNG, SOE), pois causam ao paciente alteração do paladar, desconforto, trauma psíquico, aumento da secreção da cadeia respiratória e irritação da nasofaringe, faringe e estômago.
- Permeação de alimento na via aérea, podendo resultar em aspiração e/ou penetração traqueobrônquica.

Preparação e material necessário:

- Luvas de procedimento;
- Espátula descartável;
- Colher;

- Seringa, quando necessária;
- Alimentos e líquidos nas consistências prescritas;
- Espessantes alimentares, quando indicados;
- Oxímetro de pulso;
- Estetoscópio;
- Formulário de registro alimentar;
- Formulário de orientação alimentar;
- Equipamentos para higiene oral.

Procedimentos:

- Avaliação Médica;
- Avaliação Fonoaudiológica;
- Avaliação Nutricionista

A avaliação clínica de deglutição é composta por duas etapas distintas: avaliação indireta (sem oferta de alimento) e avaliação direta (com oferta de alimento).

Na primeira etapa, realiza-se exame por meio de perguntas objetivas, observação, toque e solicitação de movimentos ao paciente, a fim de se verificar os seguintes aspectos:

- Checar os sinais (frequência cardíaca, saturação, temperatura e pressão arterial);
- Estado geral do paciente (motor, cognitivo e comunicação);
- Respiração: tipo e modo;
- Órgãos fonoarticulatórios: tônus, postura e mobilidade de língua, lábios, bochechas, mandíbulas, palato duro e mole, condições dentárias;
- Sensibilidades táteis, térmicas e gustativas da região facial, intraoral e faríngea, qualidade vocal;
- Reflexos orais, funções orofaríngeas e laríngeas (vômito e tosse);

- Deglutição de saliva (automática/involuntária, voluntária/sob comando), sialorréia, estase de saliva, xerostomia, engasgos, tosse, alteração de qualidade vocal (molhada, rouca/soprosa ou astênica);
- Higiene oral.

A avaliação clínica direta é realizada após a indireta (se positiva). Oferece-se o alimento ao paciente, nas quantidades e consistências adequadas ao quadro clínico e competências do paciente, observado na avaliação indireta. São avaliados, por meio de observação e toque, os seguintes aspectos: espontaneidade da abertura de boca, capacidade de vedamento labial, eficiência da mastigação e da mobilidade de língua no preparo do bolo alimentar, ocorrência do disparo do reflexo da deglutição com início da fase faríngea, presença e eficiência da elevação laríngea, presença de pigarro, engasgos ou tosse, antes, durante ou após a deglutição, presença de resíduos em cavidade oral, sinais vitais durante e após a oferta do alimento e ausculta cervical.

Após a realização completa de avaliação funcional de deglutição, discutir o resultado com os profissionais envolvidos para a reintrodução da alimentação por via oral de forma segura e orientar os cuidados na oferta.

Gerais:

- Condição clínica que ameace a vida e imponha limitação no prognóstico assim como ausência de tratamento que modifique o curso da doença ou que não gere benefício compatível com o prognóstico;
- O paciente e seus familiares devem concordar com o objetivo do tratamento, priorizando o alívio de sintomas e a qualidade de vida, sem empregar medidas consideradas desnecessárias, fúteis ou invasivas, conforme prognóstico.

Específicos:

- Nível inaceitável de dor por período igual ou superior a 24 horas;
- Presença de sintomas não passíveis de controle;
- Internação prolongada sem evidência de melhora, inclusive em UTI com prognóstico reservado;
- Classificação PPS menor ou igual a 50%;

Avaliação Nutricionista:

- Avalia a aceitação alimentar por via oral e as necessidades nutricionais do paciente e considera a recomendação da prescrição de terapia nutricional oral com uso de complementos alimentares industrializados.
- Realiza orientação para aplicação de registro alimentar para avaliação da aceitação de alimentos(em anexo) por via oral de acordo com as necessidades nutricionais do paciente.

O desmame da terapia nutricional enteral/parenteral para dieta V.O deve ser feito de maneira gradual,conforme aceitação do paciente. Será interrompido a TNE quando a oferta atingir pelo menos 50% das necessidades calóricas diárias.

CUIDADOS:

- Avaliação de deglutição deve ser realizada pelo profissional fonoaudiólogo habilitado para tal;
- É reforçada a indicação de aspiração nasotraqueal e/ou orotraqueal, realizada pelo técnico de enfermagem, enfermeira ou fisioterapeuta, na presença de secreções nas vias aéreas superiores e inferiores quando o paciente não tem condições de removê-las independentemente, assim como a higiene oral.
- Após a avaliação completa, os resultados deverão ser discutidos entre os profissionais envolvidos para definição da estratégia de reintrodução alimentar.
- Orientar familiares e cuidadores quanto aos sinais de alerta:

Tosse durante a alimentação;

Engasgos frequentes;

Alteração da voz após alimentação;

Desconforto respiratório;

Recusa alimentar persistente;

Perda ponderal.

- Quando necessário, manter medidas para manejo de secreções respiratórias, conforme avaliação da equipe assistencial.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Terapia Nutricional na Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, última versão disponível.

ABDULMASSIH, E. M. S. et al. Evolução dos pacientes com disfagia orofaríngea em ambiente hospitalar. Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia, 2009.

FURKIM, A. M.; SACCO, A. B. F. Eficácia da fonoterapia em disfagia neurogênica usando a escala funcional de ingestão por via oral (FOIS) como marcador. Revista CEFAC, 2008.

MARTINS, C.; CARDOSO, S. P. Terapia Nutricional Enteral e Parenteral: Manual de Rotina Técnica. Curitiba: Nutroclínica, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa). Diretrizes para avaliação e manejo da disfagia.

Autores: Eliane Martins Alves e Eliza Sampaio Quinteiro - Setembro/2019

Revisado por: Juliana Ferreira Bertozzi e Eliza de Souza Sampaio - Julho/2026

Redução progressiva da dieta no cuidado paliativo exclusivo
Transição de via alimentar alternativa

Anexo – Quantificação da dieta ingerida pelo paciente

Marcar com um **X** a quantidade ingerida pelo paciente, onde: 0% significa que não houve ingestão e 100% significa que o paciente ingeriu tudo o que foi oferecido.

	0%	25%	50%	75%	100%
Café da manhã					
Colação					
Almoço					
Lanche					
Jantar					
Ceia					
Para avaliação do nutricionista: aceitação total do paciente					

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 041	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Indicação, início e desmame de terapia nutricional enteral

Executante: Médico, Nutricionista, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Fonoaudiólogo, com apoio da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN).

Objetivo Geral: Estabelecer critérios para indicação, implantação, monitorização e desmame da Terapia Nutricional Enteral (TNE), garantindo oferta nutricional adequada aos pacientes que apresentam impossibilidade ou insuficiência de alimentação por via oral, promovendo a manutenção ou recuperação do estado nutricional, reduzindo complicações associadas à desnutrição e favorecendo a transição segura para alimentação oral quando clinicamente possível.

Resultado Esperado: Garantir suporte nutricional adequado às necessidades do paciente, prevenir ou reduzir a desnutrição, minimizar complicações relacionadas à terapia nutricional enteral, promover a recuperação clínica e funcional, e possibilitar transição segura e eficaz para alimentação por via oral.

Preparação de material:

- Prontuário do paciente;
- Formulários de avaliação médica, nutricional e fonoaudiológica;
- Equipamentos para passagem de sonda enteral;
- Equipamentos de proteção individual;
- Dieta enteral prescrita pelo Serviço de Nutrição e Dietética (SND);
- Equipos para administração de dieta enteral;
- Bomba de infusão enteral, quando indicada;
- Seringas para administração e lavagem da sonda;
- Água filtrada ou estéril conforme protocolo institucional.

Descrição do procedimento:

Indicação:

- Avaliação inicial pela equipe médica e nutricionista quanto à possibilidade de alimentação por via oral
- Solicitação de avaliação fonoaudiológica quando houver suspeita de disfagia
- Avaliação clínica: sinais vitais, nível de consciência, cavidade oral/nasal, tórax, abdômen, extremidades e pele
- Avaliação da aceitação alimentar via oral pelo nutricionista
- Condutas:

Aceitação entre 60–80% por mais de 3 dias → considerar suplementação oral

- Ingestão <60% por 5 dias ou impossibilidade de VO → avaliar indicação de TNE
- Definição da necessidade de TNE conforme protocolo institucional

Via de Acesso

- Definição conforme tempo previsto de uso:
 - < 6 semanas → sonda nasogástrica ou nasoenteral
 - a partir de 6 semanas → ostomias de nutrição
- Avaliação da condição clínica para definição da localização distal (gástrica ou entérica)
- Registro da via de acesso em prontuário

Início da Terapia

- **Nutricionista define:**
 - Tipo de dieta
 - Volume inicial
 - Velocidade de infusão
- **Enfermeiro:**
 - Confirma prescrição
 - Realiza passagem da sonda
 - Solicita confirmação por dupla checagem



- **Após confirmação:**

- Solicitação da dieta
- Conferência da dieta (paciente e prescrição)
- Instalação da dieta
- Início da infusão conforme prescrição

Desmame

- Critério inicial: Glasgow > 8
- Avaliação fonoaudiológica da deglutição e risco de aspiração
- Definição da consistência alimentar via oral
- Nutricionista avalia aceitação: 60% por 3 dias → reduzir TNE para 50%
- Avaliação da ausência de aspiração pulmonar
- Médico define e registra suspensão da TNE
- Avaliação da necessidade de suplementação oral

Condutas Frente às Intercorrências

Saída Acidental da Sonda:

- Suspende imediatamente a administração da dieta.
- Comunicar o enfermeiro responsável.
- Avaliar necessidade de nova passagem da sonda.
- Registrar a ocorrência em prontuário.

Suspeita de Aspiração:

- Suspende a alimentação.
- Avaliar condições respiratórias.
- Comunicar imediatamente à equipe médica.
- Solicitar reavaliação fonoaudiológica quando indicado.

Intolerância Gastrointestinal:

- Avaliar a causa da intercorrência.
- Comunicar nutricionista e médico.

- Readequar prescrição conforme necessidade.

Responsabilidades:

- **Equipe médica:** indicação, definição da via, prescrição e suspensão da TNE
- **Nutricionista:** avaliação nutricional, prescrição da dieta e monitoramento da aceitação
- **Enfermeiro:** execução da sondagem, supervisão da infusão e cuidados com a sonda
- **Técnico de enfermagem:** administração da dieta e monitoramento do paciente
- **Fonoaudiólogo:** avaliação da deglutição e definição da consistência alimentar
- **EMTN:** acompanhamento, orientação e suporte técnico

Ações em não conformidades:

- Comunicar intercorrências ao enfermeiro responsável
- Em caso de saída de sonda ou alta precoce:
 - Avaliação fonoaudiológica do risco de aspiração
 - Avaliação nutricional da aceitação oral
- Registro em prontuário

Médico

- Indicar a TNE;
- Definir a via de acesso;
- Prescrever a terapia;
- Determinar a suspensão da TNE.

Nutricionista

- Avaliar estado nutricional;
- Prescrever a dieta enteral;
- Monitorar evolução nutricional;
- Conduzir o plano de desmame.

Enfermeiro

- Realizar ou supervisionar a passagem da sonda;
- Avaliar e monitorar o acesso enteral;

- Supervisionar a administração da dieta;
- Orientar equipe e familiares.

Técnico de Enfermagem

- Administrar a dieta;
- Realizar cuidados com a sonda;
- Monitorar o paciente;
- Comunicar intercorrências.

Fonoaudiólogo

- Avaliar a deglutição;
- Determinar a segurança da alimentação oral;
- Definir consistências alimentares;
- Participar do processo de transição para via oral.

Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)

- Realizar acompanhamento contínuo;
- Discutir casos complexos;
- Garantir segurança e qualidade da terapia nutricional.

REFERÊNCIAS:

BRASPEN – Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional. Última versão disponível.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde.

PIOVACARI, S. M. F.; TOLEDO, D. O.; FIGUEIREDO, E. J. A. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional. São Paulo: Atheneu, 2017.

WAITZBERG, D. L.; DIAS, M. C. G.; ISOSAKI, M. Manual de Boas Práticas em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo: Atheneu, 2015

Autor: Eliza de Souza Sampaio

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 042	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Manejo de Hiperglicemia em Pacientes em Terapia Nutricional Enteral

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Nutricionista.

Objetivo Geral: Padronizar a identificação, monitorização e manejo da hiperglicemia em pacientes em uso de Terapia Nutricional Enteral (TNE), visando manter o controle glicêmico adequado, reduzir complicações metabólicas e infecciosas, garantir a segurança do paciente e otimizar os resultados clínicos e nutricionais durante o tratamento.

Resultado Esperado: Manter níveis glicêmicos dentro das metas terapêuticas estabelecidas, reduzir a incidência de hiperglicemia relacionada à terapia nutricional, minimizar complicações clínicas e infecciosas, promover melhor utilização dos nutrientes ofertados e garantir assistência multiprofissional segura e eficaz.

Preparação de material:

- Prontuário do paciente;
- Prescrição médica atualizada;
- Prescrição nutricional;
- Glicosímetro calibrado;
- Tiras reagentes;
- Lancetas descartáveis;
- Algodão ou gaze;
- Álcool 70%;
- Insulina prescrita;
- Seringas ou canetas para administração de insulina;
- Medicamentos hipoglicemiantes, quando prescritos;
- Formulário de monitorização glicêmica.

Descrição do procedimento:

Conceito e critérios

- Considera-se hiperglicemia:
 - Glicemia > 140 mg/dl (jejum)
 - Glicemia > 180 mg/dl (amostra aleatória)
- Meta recomendada: controle glicêmico entre 140–180 mg/dl
- Fatores associados:
 - Estresse metabólico (infecção, cirurgias)
 - Diabetes Mellitus descompensado
 - Uso de corticosteroides e agentes adrenérgicos
 - Dietas enterais ricas em carboidratos
 - Alta velocidade de infusão da dieta

Conduta assistencial

Etapas	Ação	Responsável
Identificação	Ao identificar glicemia > 180 mg/dl	Enfermagem
Verificação inicial	Checar prescrição médica de insulino terapia	Enfermeiro / Técnico
Se houver prescrição	Administrar insulina conforme prescrição	Enfermagem
	Comunicar médico plantonista, se necessário	Enfermeiro
Se não houver prescrição	Acionar imediatamente o médico plantonista	Enfermeiro
Pós-intervenção	Aguardar 4 horas para nova verificação da glicemia	Enfermagem
Comunicação multiprofissional	Informar o nutricionista sobre o evento	Enfermeiro
Conduta nutricional	Avaliar redução da velocidade de infusão	Nutricionista
	Avaliar ajuste da composição de carboidratos	Nutricionista
	Implementar outras intervenções nutricionais	Nutricionista
Monitoramento contínuo	Verificar glicemia capilar periodicamente	Enfermagem
	Administrar dieta conforme prescrição	Enfermagem
	Registrar valores glicêmicos e condutas em prontuário	Enfermagem
Persistência da hiperglicemia	Reavaliar conduta	Equipe multiprofissional
	Acionar novamente a equipe médica	Enfermagem

Responsabilidades:

- **Equipe médica:** prescrição e ajuste da insulino terapia, avaliação clínica e tomada de decisão
- **Enfermeiro:** supervisão da equipe, avaliação inicial, comunicação com equipe multiprofissional
- **Técnico de enfermagem:** verificação da glicemia, administração de medicamentos e dieta
- **Nutricionista:** avaliação e ajuste da terapia nutricional

Ações em não conformidades:

- Comunicar imediatamente o médico responsável e o nutricionista.
- Registrar a ocorrência em prontuário.
- Avaliar fatores contribuintes.
- Implementar medidas corretivas.
- Monitorar a efetividade das ações adotadas.

REFERÊNCIAS:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Última versão disponível.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Care in Diabetes. Última versão disponível.

BRASPEN – Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional. Última versão disponível.

FRAGA, P. et al. Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional na Prática. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

CERVO, A. S. et al. Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2014.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

BONET, A.; GRAU, T. Estudio multicéntrico de complicaciones de la nutrición parenteral total en el paciente grave. Nutrición Hospitalaria, 2005.

Autor: Eliza de Souza Sampaio

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 043	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Identificação, manejo e monitoramento de episódios de náuseas e vômitos em pacientes em uso de terapia nutricional enteral.

Executante: Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Nutricionista, Fonoaudiólogo e Psicólogo, conforme atribuições profissionais e atuação multiprofissional.

Objetivo Geral: Padronizar a identificação, avaliação, manejo e monitorização de episódios de náuseas e vômitos em pacientes em uso de Terapia Nutricional Enteral (TNE), visando reduzir riscos, prevenir complicações, garantir a segurança da terapia nutricional, promover adequada tolerância gastrointestinal e contribuir para a manutenção do estado nutricional do paciente.

Resultado Esperado: Reduzir a ocorrência de náuseas e vômitos relacionados à Terapia Nutricional Enteral, prevenir complicações como aspiração, broncoaspiração, desidratação e desnutrição, melhorar a tolerância à dieta enteral, promover maior segurança na assistência multiprofissional e garantir a continuidade adequada da terapia nutricional.

Preparação de material:

- Prontuário do paciente;
- Prescrição médica atualizada;
- Prescrição nutricional;
- Equipamentos para administração da dieta enteral;
- Equipamentos de proteção individual;
- Equipamentos para aspiração de vias aéreas, quando indicados;
- Medicamentos prescritos (antieméticos e outros);
- Equipamentos para monitorização de sinais vitais;



- Formulário de registro de intercorrências.

Avaliação Inicial:

Ao identificar episódio de náusea ou vômito, a equipe deverá:

1. Avaliar o estado geral do paciente.
2. Verificar sinais vitais.
3. Avaliar padrão respiratório.
4. Verificar risco de aspiração.
5. Avaliar distensão abdominal.
6. Avaliar funcionamento intestinal.
7. Verificar velocidade e volume da dieta administrada.
8. Avaliar medicamentos em uso.
9. Registrar a ocorrência em prontuário.

Descrição do procedimento:

Conceito e causas

- Náuseas e vômitos são mecanismos de defesa do trato digestório frente a irritações ou estímulos excessivos
- Principais causas em pacientes com TNE:
 - Infusão rápida da dieta
 - Refluxo gastroesofágico
 - Estase gástrica
 - Intolerância à fórmula
 - Dietas hiperlipídicas
 - Uso de medicamentos (ex.: morfina, estrógeno)
 - Doenças neurológicas
 - Fatores emocionais (ansiedade, medo, dor)

Conduta assistencial

- Ao identificar náuseas ou vômitos:
 - Técnico de enfermagem comunica o enfermeiro
- Conduta imediata:
 - Interromper a dieta enteral

- Comunicar médico e nutricionista
- Avaliar possíveis causas
- Realizar prescrição medicamentosa, se necessário
- Intervenções:
 - Administrar medicamentos conforme prescrição médica
 - Manter dieta interrompida por 1 hora
 - Manter paciente em decúbito elevado a 45°
 - Reavaliar paciente após 2 horas
- Conduta nutricional:
 - Avaliar redução da velocidade de infusão
 - Avaliar composição da dieta
- Monitoramento:
 - Registrar frequência, quantidade e aspecto do vômito
 - Aspirar orofaringe, se necessário
- Avaliação multiprofissional:
 - Acionar psicologia em caso de suspeita de fatores emocionais
 - Médico pode solicitar avaliação fonoaudiológica (refluxo ou reflexo de vômito)
 - Fonoaudiólogo realiza avaliação e condutas específicas

REFERÊNCIAS:

BRASPEN – Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional. Última versão disponível.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde.

CERVO, A. S. et al. Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2014.

FRAGA, P. et al. Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional na Prática. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

WAITZBERG, D. L. Manual de Boas Práticas em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo: Atheneu.

Autor: Eliza de Souza Sampaio

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 044	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Manejo de Diarreia em Terapia Nutricional Enteral

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico e Nutricionista

Objetivo Geral: Padronizar a identificação, avaliação, manejo e monitoramento dos episódios de diarreia em pacientes em Terapia Nutricional Enteral (TNE), visando reduzir riscos, prevenir complicações como desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos, lesões de pele e interrupções desnecessárias da terapia nutricional, garantindo sua continuidade segura e eficaz.

Resultado Esperado:

- Redução da incidência de diarreia relacionada à terapia nutricional enteral;
- Prevenção de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos;
- Prevenção de lesões cutâneas associadas à umidade;
- Melhora da tolerância à dieta enteral;
- Manutenção segura da terapia nutricional;
- Redução de interrupções desnecessárias da dieta;
- Qualidade assistencial aprimorada.

Preparação de material:

- Prontuário do paciente;
- Prescrição médica atualizada;
- Prescrição nutricional;
- Equipamentos de higiene e cuidados ao paciente;
- Equipamentos de proteção individual;
- Medicamentos prescritos;



- Equipos e dieta enteral;
- Formulário de registro de intercorrências.

Descrição do procedimento:

Conceito e causas

- Considera-se diarreia:
 - ≥ 3 evacuações líquidas em 24 horas
- Principais riscos:
 - Perda de água e eletrólitos
 - Desidratação
- Principais causas associadas à TNE:
 - Infusão rápida da dieta
 - Idade > 60 anos
 - Dieta sem fibras
 - Administração pós-pilórica
 - Contaminação da dieta ou equipo
 - Fórmulas hipertônicas
 - Insuficiência pancreática
 - Uso de antibióticos ou outros medicamentos
 - Colite
 - Hipoalbuminemia
 - Intolerância à fórmula

Conduta assistencial

- **Ao identificar diarreia:**
 - Não interromper a dieta enteral
 - A interrupção automática da dieta enteral não é recomendada. A suspensão ou manutenção da TNE deverá ser definida após avaliação clínica e multiprofissional.
 - Comunicar imediatamente o enfermeiro responsável;
 - Avaliar sinais clínicos associados;
 - Avaliar risco de desidratação;
 - Avaliar possíveis causas da ocorrência;

- Registrar a intercorrência em prontuário.
- **Avaliação multiprofissional:**
 - Identificação das possíveis causas
 - Definição de condutas específicas
- **Conduta nutricional:**
 - Avaliar redução da velocidade de infusão
 - Avaliar inclusão de fibras na dieta
 - Avaliar troca da fórmula enteral
 - Avaliar necessidade de reposição hídrica
- **Conduta médica:**
 - Revisar medicamentos em uso
 - Avaliar sinais de desidratação
 - Prescrever medicamentos, se necessário
- **Monitoramento pela enfermagem:**
 - Registrar frequência, quantidade estimada e aspecto das fezes
 - Administrar medicamentos conforme prescrição.

Responsabilidades:

- **Equipe médica:** avaliação clínica, prescrição medicamentosa e ajuste terapêutico
- **Enfermeiro:** supervisão da assistência, comunicação com equipe multiprofissional
- **Técnico de enfermagem:** cuidados diretos, monitoramento e registros
- **Nutricionista:** avaliação e ajuste da dieta enteral

Ações em Não Conformidades:

- Comunicar imediatamente o médico, enfermeiro e nutricionista responsáveis;
- Registrar a ocorrência em prontuário;
- Avaliar causas associadas;
- Implementar medidas corretivas;
- Reavaliar a efetividade das intervenções realizadas;
- Notificar eventos adversos conforme protocolo institucional, quando aplicável.

REFERÊNCIAS:

BRASPEN – Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional. Última versão disponível.

ESPEN. Practical Guideline: Clinical Nutrition in Hospitalized Patients. Última versão disponível.

ASPEN. Guidelines for Nutrition Support Therapy in Adult Patients. Última versão disponível.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde.

CERVO, A. S. et al. Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2014.

FRAGA, P. et al. Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional na Prática. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

WAITZBERG, D. L. Manual de Boas Práticas em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. São Paulo: Atheneu.

Autor: Eliza de Souza Sampaio

Anexo - Manejo de Diarréia durante a terapia nutricional enteral



Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 045	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Manejo de Constipação em Terapia Nutricional Enteral

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico e Nutricionista

Objetivo Geral: Padronizar a identificação, avaliação, manejo e monitoramento da constipação em pacientes em terapia nutricional enteral, visando reduzir complicações, melhorar a tolerância à dieta e garantir a segurança da assistência.

Resultado Esperado:

- Diminuir o índice de constipação em pacientes em uso de nutrição enteral;
- Realizar condutas adequadas diante dessa intercorrência, diminuindo assim o risco de complicações;
- Melhorar a qualidade e eficácia da terapia nutricional no PMeC;
- Garantir registro adequado do padrão evacuatório, das condutas realizadas e da resposta clínica do paciente.

Preparação de material:

- Prontuário do paciente
- Prescrição médica e nutricional
- Equipamentos de higiene e cuidados ao paciente
- Medicamentos prescritos
- Registro do padrão evacuatório, incluindo data da última evacuação, aspecto das fezes e sinais associados.
- Prescrição hídrica e volume de água administrado pela sonda.
- Prescrição da dieta enteral vigente, incluindo tipo de fórmula, presença de fibras, volume e velocidade de infusão.

Descrição do procedimento:

Constipação é caracterizada pela redução do padrão evacuatório habitual, podendo ocorrer ausência ou diminuição das evacuações, fezes endurecidas ou ressecadas, esforço para evacuar, sensação de evacuação incompleta, distensão abdominal, desconforto abdominal e/ou hipertimpanismo.

A equipe do PMeC deve estar atenta à identificação precoce dos episódios de constipação/obstipação em pacientes em terapia nutricional enteral. A equipe de enfermagem deve registrar no prontuário a data da última evacuação, frequência evacuatória, aspecto das fezes, presença de dor, distensão abdominal, náuseas, vômitos, eliminação de gases, volume de dieta administrado e volume hídrico ofertado. Causas que levam à constipação/obstipação no paciente em uso de dieta enteral:

- Imobilidade ou inatividade física;
- Redução da motilidade intestinal;
- Baixa oferta hídrica ou administração inadequada de água pela sonda;
- Baixa oferta de fibras na fórmula enteral, quando clinicamente indicada;
- Baixo volume total de dieta administrado ou interrupções frequentes da dieta;
- Desidratação, febre, sudorese, vômitos ou outras condições que aumentem perdas hídricas.
- Doenças neurológicas, neuropatia intestinal ou alterações da motilidade intestinal;
- Dor, fissuras anais ou hemorroidas, que podem dificultar a evacuação;
- Uso de medicamentos constipantes, como opioides, anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, suplementos de ferro, cálcio, antiácidos com alumínio e diuréticos;

Conduta assistencial

O familiar/cuidador deverá comunicar a equipe quando houver ausência de evacuação por 72 horas ou mais, redução importante do padrão evacuatório habitual, fezes endurecidas/ressecadas, esforço evacuatório, dor abdominal, distensão abdominal ou desconforto. Após a comunicação, a equipe deverá avaliar sinais de alerta, e na presença destes, o médico deverá ser comunicado para avaliação imediata e definição de conduta.

Sinais de Alarme:

- Dor abdominal intensa, distensão abdominal importante ou progressiva, náuseas e vômitos persistentes, febre, sangramento retal, ausência de eliminação de gases,

suspeita de fecaloma, piora do estado geral ou sinais de desidratação.

Nutricionista: avalia a prescrição dietética, volume total e velocidade de infusão, necessidade de mudança ou ajuste de fórmula enteral, incluindo presença, tipo e quantidade de fibras insolúveis, velocidade de infusão e volume de infusão hídrica;

Enfermeiro: verifica se a infusão hídrica, medicamentosa e dietética estão sendo administradas corretamente conforme prescrição, orientar sinais de alarme e registro de padrão evacuatório;

Médico: avalia possíveis causas clínicas, desidratação, fecaloma, obstrução intestinal, efeitos adversos medicamentosos e necessidade de prescrição medicamentosa, exames ou encaminhamento para atendimento de urgência;

Equipe de enfermagem: administra medicamentos, conforme prescrição médica, quando necessário, registrar efeito, intercorrências e características das evacuações.

Não realizar aumento de fibras, uso de laxantes, enemas ou lavagem intestinal sem avaliação da equipe quando houver suspeita de obstrução intestinal, íleo paralítico, fecaloma importante, dor abdominal intensa, vômitos persistentes, distensão abdominal progressiva, sangramento digestivo, febre, ausência de eliminação de gases ou piora clínica.

Responsabilidades:

- **Equipe médica:** avaliação clínica, prescrição medicamentosa e ajuste terapêutico
- **Enfermeiro:** supervisão da assistência, comunicação com equipe multiprofissional, orientação ao cuidador
- **Técnico de enfermagem:** cuidados diretos, monitoramento e registros
- **Nutricionista:** avaliação e ajuste da dieta enteral

REFERÊNCIAS:

CERVO et al. *Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral*. Rev. Gaúcha Enfermagem, 2014.

FRAGA, P. et al. *Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional na Prática*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SMELTZER, S.C. et al. *Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro:

Guanabara Koogan, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 503, de 27 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.

BRASPEN/SBNPE. Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. BRASPEN Journal, 2021.

BISCHOFF, S. C. et al. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. Clinical Nutrition, 2022.

Autor: Eliza de Souza Sampaio

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 046	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Identificação, manejo e prevenção da retirada não planejada de sonda enteral em pacientes em terapia nutricional.

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Médico, Nutricionista e Fonoaudiólogo;

Objetivo Geral: Padronizar as condutas frente à retirada não planejada da sonda enteral, garantindo rápida reavaliação do paciente, restabelecimento seguro da via de alimentação, hidratação e administração de medicamentos, quando indicado, além da prevenção de novos eventos.

Resultado Esperado:

- Redução dos eventos de perda de sonda enteral
- Restabelecimento rápido da via de nutrição
- Prevenção de complicações nutricionais
- Maior segurança do paciente
- Melhoria da qualidade da terapia nutricional
- Redução do risco de administração de dieta, água ou medicamentos por sonda mal posicionada.
- Registro adequado do evento, da conduta realizada e das medidas adotadas para prevenção de recorrência.

Preparação de material:

- Prontuário do paciente
- Prescrição médica e nutricional
- Materiais para passagem de sonda (SNG/SNE)
- Materiais para fixação da sonda
- Fita métrica ou marcação externa da sonda para conferência do comprimento exteriorizado.
- Material para higiene da pele e troca de fixação.
- Água filtrada para lavagem da sonda

- Equipamentos de contenção (quando necessário, conforme protocolo)

Descrição do procedimento:

Considera-se retirada não planejada a saída acidental, tração, deslocamento ou remoção não prescrita da sonda enteral.

Conduta assistencial

- Ao identificar perda da sonda, exteriorização ou suspeita de deslocamento:
 - Técnico de enfermagem deve suspender imediatamente a administração de dieta, água e medicamentos pela sonda, manter o paciente em segurança e comunicar o enfermeiro responsável.
- Avaliação inicial:
 - Enfermeiro deve avaliar nível de consciência, agitação psicomotora, náuseas/vômitos, tosse, desconforto respiratório, sinais de broncoaspiração, sangramento nasal/oral, lesão de pele, integridade da narina, comprimento exteriorizado da sonda quando ainda parcialmente inserida, tipo de sonda, horário da última dieta/medicação e circunstância do evento. Além disso, registro no prontuário, incluindo data e horário, circunstância da retirada, profissional comunicado, sinais clínicos apresentados, condutas realizadas e necessidade de nova passagem.
 - Comunica equipe médica e nutricionista
- Avaliação da via oral:
 - Acionar fonoaudiólogo para avaliação da deglutição quando houver possibilidade de transição para via oral, retirada definitiva da sonda, aceitação oral parcial Restabelecimento da via:
 - Se indicado, realizar nova passagem da sonda (conforme POP específico). A dieta, água e medicamentos só deverão ser reiniciados após confirmação adequada do posicionamento da sonda.
- Em caso de suspeita de obstrução associada ao evento:
 - Lavar a sonda com 20 ml de água filtrada
 - Comunicar enfermeiro/médico para conduta
 - Se não houver sucesso:
 - Retirar o dispositivo
 - Realizar nova passagem
- Paciente agitado:
 - Comunicar equipe médica

- Avaliar necessidade de medicação
- Avaliar contenção mecânica conforme protocolo institucional

Sinais de Alarme:

- Tosse persistente, engasgos, desconforto respiratório, cianose, vômitos, rebaixamento do nível de consciência, sangramento nasal/oral, dor intensa, distensão abdominal ou suspeita de broncoaspiração devem ser comunicados imediatamente à equipe responsável.

Medidas preventivas

- Orientar família/cuidador quanto à inspeção diária da fixação e à troca conforme sujidade, umidade, descolamento, perda de aderência ou rotina institucional
- Garantir adequada fixação do dispositivo
- Verificar fixação antes e durante procedimentos
- Manusear dispositivos com cuidado durante assistência
- Lavar sonda com 20 ml de água após administração de medicamentos
- Conferir, antes de qualquer administração, se a sonda permanece fixada, íntegra e com marcação externa compatível com o registro anterior
- Orientar cuidador/família a não reposicionar, empurrar ou retirar a sonda sem orientação da equipe.
- Suspender dieta e comunicar a equipe em caso de exteriorização, deslocamento, tosse intensa, engasgos, desconforto respiratório, vômitos ou dúvida sobre posicionamento.
- Avaliar necessidade de estratégias não farmacológicas para pacientes com confusão, delirium ou agitação, como orientação frequente, ambiente calmo, redução de estímulos, alívio de dor/desconforto e proteção da sonda contra tração acidental.
- Manter registros sobre recorrência de retirada, causas prováveis e medidas preventivas adotadas.
- Orientar sobre não reintroduzir ou reposicionar a sonda no domicílio sem profissional habilitado e sem seguir o POP específico.

Responsabilidades:

- Equipe médica: avaliação clínica, prescrição de condutas, investigação de complicações, manejo de outras causas clínicas associadas.
- Enfermeiro: supervisão, avaliação do evento, comunicação multiprofissional, orientação ao cuidador, avaliação da fixação e integridade da pele e registro em

prontuário.

- Técnico de enfermagem: cuidados diretos, prevenção, identificação precoce, monitoramento e registros
- Nutricionista: reavaliação da terapia nutricional
- Fonoaudiólogo: avaliação da deglutição

REFERÊNCIAS:

Carrión MI et al. *Accidental removal of endotracheal and nasogastric tubes and intravascular catheters*. Crit Care Med, 2000.

CERVO et al. *Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral*. Rev. Gaúcha Enfermagem, 2014.

FRAGA, P. et al. *Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional na Prática*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

SMELTZER, S.C. et al. *Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 503, de 27 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 619/2019.

BRASPEN/SBNPE. Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. 2021.

BOULLATA, J. I. et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. JPEN, 2017.

BISCHOFF, S. C. et al. ESPEN guideline on home enteral nutrition. Clinical Nutrition, 2020.

Autor: Eliza de Souza Sampaio

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 047	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Prevenção, identificação de risco e manejo de situações que possam levar à pneumonia aspirativa em pacientes em terapia nutricional enteral.

Executante: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Fisioterapeuta, Médico, Nutricionista e Fonoaudiólogo

Objetivo Geral: Padronizar as condutas para prevenção, identificação precoce e manejo de situações que possam levar à broncoaspiração e pneumonia aspirativa em pacientes em terapia nutricional enteral, reduzindo complicações respiratórias e garantindo administração segura da dieta, água e medicamentos.

Resultado Esperado:

- Redução da incidência de pneumonia aspirativa
- Redução de episódios de broncoaspiração durante administração da dieta enteral
- Maior segurança na administração da dieta enteral
- Melhora da evolução clínica do paciente
- Qualidade assistencial aprimorada
- Identificação precoce de pacientes com risco aumentado de aspiração
- Registro adequado dos sinais clínicos, condutas realizadas e resposta do paciente

Preparação de material:

- Prontuário do paciente e plano terapêutico;
- Prescrição médica e nutricional atualizada;
- Material para administração da dieta enteral;
- Equipamentos para monitoramento clínico;
- Material para higiene oral e aspiração de vias aéreas, quando indicado e disponível no domicílio;
- Equipamentos/dispositivos para manter cabeceira elevada ou posicionamento adequado;
- Registro da marcação externa da sonda e do horário da última administração de

dieta, água ou medicamentos

Responsabilidades:

- **Equipe médica:** avaliação clínica, prescrição terapêutica e manejo de complicações
- **Enfermeiro:** supervisão da assistência e garantia das medidas preventivas
- **Técnico de enfermagem:** execução dos cuidados, posicionamento e interrupção da dieta quando necessário
- **Nutricionista:** adequação da terapia nutricional
- **Fisioterapeuta:** avaliação respiratória e controle do cuff
- **Fonoaudiólogo:** avaliação de deglutição, risco de aspiração de saliva/alimentos, segurança da via oral

REFERÊNCIAS:

1. CERVO et al. *Eventos adversos relacionados ao uso de terapia nutricional enteral*. Rev. Gaúcha Enfermagem, 2014.
2. FRAGA, P. et al. *Equipe Multiprofissional em Terapia Nutricional na Prática*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
3. SMELTZER, S.C. et al. *Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 503, de 27 de maio de 2021.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.
6. BRASPEN/SBNPE. Diretriz BRASPEN de Enfermagem em Terapia Nutricional Oral, Enteral e Parenteral. 2021.
7. BISCHOFF, S. C. et al. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. *Clinical Nutrition*, 2022.
8. BOULLATA, J. I. et al. ASPEN Safe Practices for Enteral Nutrition Therapy. *JPEN*, 2017.

Autor: Eliza de Souza Sampaio

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 048	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Realização da triagem nutricional para identificação precoce de risco nutricional em pacientes domiciliados.

Executante: Nutricionista.

Objetivo Geral: Identificar precocemente pacientes em risco nutricional, permitindo a implementação de intervenções adequadas e a classificação do nível de assistência nutricional.

Resultado Esperado:

- Identificação precoce do risco nutricional
- Prevenção da desnutrição
- Classificação adequada dos pacientes
- Otimização da terapia nutricional
- Identificação de perda de peso, baixa ingestão alimentar, disfagia, alterações gastrointestinais e condições clínicas associadas ao risco nutricional.
- Registro padronizado da triagem, classificação de risco e plano de acompanhamento.
- Redução do risco de complicações associadas à desnutrição, como piora funcional, lesões por pressão, infecções e pior cicatrização.
- Melhora da evolução clínica do paciente

Preparação de material:

- Prontuário do paciente e plano terapêutico vigente;
- Formulário ou instrumento padronizado de triagem nutricional;
- Fita métrica inelástica
- Balança
- Luvas de procedimento
- Capote descartável
- Álcool 70%

- Papel toalha
- Dados de ingestão alimentar, aceitação da dieta, uso de suplementos ou terapia nutricional enteral
- Informações sobre sintomas gastrointestinais, disfagia, feridas, lesões por pressão, edema, diarreia, vômitos ou constipação

Descrição do procedimento:

A triagem nutricional tem como finalidade identificar precocemente pacientes com risco nutricional ou desnutrição provável, permitindo priorização da avaliação nutricional completa, definição do nível de assistência nutricional e planejamento das intervenções necessárias.

Avaliação inicial

- Identificar no prontuário:
 - Nome, idade, sexo
 - Diagnóstico clínico
 - Exames bioquímicos
 - Peso e estatura
- Higienizar as mãos conforme protocolo referente

Aplicação da triagem

- Aplicar instrumento conforme faixa etária:
 - Adultos: NRS-2002
 - Idosos (>60 anos): MNA (forma reduzida)
 - Crianças (1 mês a <18 anos): Strong Kids
- Investigar:
 - História nutricional global
 - História alimentar

Avaliação antropométrica e clínica necessária

- Peso atual, peso habitual e perda de peso involuntária;
- Altura ou altura estimada;
- Índice de Massa Corporal (IMC), quando aplicável;
- Redução recente da ingestão alimentar ou da aceitação da dieta;
- Uso de dieta oral, suplementos, dieta enteral ou outra via de alimentação;

- Presença de disfagia, engasgos, tosse durante alimentação ou necessidade de avaliação fonoaudiológica;
 - Presença de náuseas, vômitos, diarreia, constipação, dor abdominal ou intolerância à dieta;
 - Presença de edema, desidratação, lesões por pressão, feridas ou alterações de cicatrização;
 - Diagnóstico clínico, inflamação, infecção, neoplasia, doença neurológica, doença renal, diabetes ou outras condições associadas ao risco nutricional;
 - Capacidade funcional, dependência para alimentação e disponibilidade de cuidador;
 - Medicamentos que possam interferir no apetite, ingestão, absorção ou estado nutricional.
-
- Realizar medidas, se indicado:
 - Circunferência braquial
 - Circunferência abdominal
 - Circunferência da panturrilha
 - Altura do joelho
 - Avaliar:
 - Pele, cabelo e unhas
 - Dentição
 - Presença de lesões
 - Edema, ascite, distensão abdominal
 - Sinais de depleção tecidual

Classificação:

- Classificação A: paciente sem risco nutricional atual, clinicamente estável, com ingestão alimentar preservada e sem perda de peso recente significativa.
- Classificação B: paciente com risco nutricional ou fatores que possam comprometer o estado nutricional, como redução de ingestão, perda de peso recente, sintomas gastrointestinais, doença crônica, dependência parcial para alimentação ou necessidade de monitoramento nutricional mais frequente.
- Classificação C: paciente com alto risco nutricional, desnutrição provável ou instalada, perda de peso importante, baixa ingestão persistente, uso de terapia nutricional enteral, lesão por pressão, disfagia, feridas complexas, doença grave ou necessidade de intervenção nutricional intensiva.

Finalização

- Retirar e descartar EPIs corretamente
- Higienizar materiais com álcool 70%
- Higienizar as mãos
- Registrar em prontuário:
 - Presença de risco nutricional
 - Classificação (A, B ou C)
 - Diagnóstico nutricional conforme protocolo
- Programar reavaliação em até 7 dias

Responsabilidades: Realização da triagem, avaliação e diagnóstico nutricional, auxílio na coleta de dados e medidas e supervisão e padronização do processo

REFERÊNCIAS:

1. PICOVARI, S. M. F.; TOLEDO, D. O.; FIGUEIREDO, E. J. A. *Equipe multiprofissional de terapia nutricional*. São Paulo: Atheneu, 2017.
2. WAITZBERG, D. L.; DIAS, M. C. G.; ISOSAKI, M. *Manual de boas práticas em terapia nutricional enteral e parenteral*. São Paulo: Atheneu, 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar – Volume 3: Cuidados em Terapia Nutricional.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024.
5. BRASPEN/SBNPE. Diretrizes brasileiras de terapia nutricional. Última versão disponível.
6. CEDERHOLM, T. et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. *Clinical Nutrition*, 2019.
7. BISCHOFF, S. C. et al. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. *Clinical Nutrition*, 2022.
8. GUIGOZ, Y. Mini Nutritional Assessment — MNA. Instrumento de avaliação nutricional para idosos.

Autor: Eliza de Souza Sampaio

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 049	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Gerir a relação entre paciente, família e equipes EMAD e EMAP.

Executante: Psicólogo(a)

Objetivo Geral: Identificar e manejar conflitos. Promover o trabalho de forma integrada, sistematizada e compartilhada, visando ao bem-estar do paciente. Auxiliar na compreensão, pelo público-alvo, de que a assistência especializada visa não apenas o tratamento direto ao paciente, mas também a capacitação para o autocuidado e o cuidado intrafamiliar.

Resultado Esperado: Minimizar os riscos de conflitos e a dependência dos serviços especializados. Potencializar a adesão ao tratamento e aos procedimentos propostos. Promover a humanização do cuidado e do contato com pacientes e familiares.

Preparação de material:

- Escalas e entrevistas semiestruturadas em anexo;

Descrição do procedimento:

- Realizar o acolhimento de pacientes e familiares.
- Investigar fatores socioculturais e dinâmicas familiares.
- Realizar entrevistas com a finalidade de averiguar a percepção de pacientes e familiares acerca dos cuidados ofertados e do contato com as equipes EMAD e EMAP.
- Acolher percepções e sentimentos dos membros das equipes relativos ao contato com cada núcleo familiar atendido.

Responsabilidades:

- Proporcionar um setting terapêutico flexível e dinâmico, adaptado às estruturas domiciliar e familiar e às necessidades dos pacientes, cuidadores e familiares, com foco na construção do vínculo terapêutico.
- Promover, junto às equipes de Atenção Domiciliar, uma abordagem centrada na pessoa, considerando os valores, crenças, contexto social e demais fatores constituintes da identidade de pacientes e familiares, a fim de preconizar o respeito à individualidade.
- Promover, junto aos pacientes e familiares, compreensão semelhante acerca dos membros das equipes, estimulando, assim, relações mais humanizadas.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução Consuni N° 57/2023 de 28 de setembro de 2023*. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2023. Disponível em: <https://ufdpar.edu.br/ufdpar/paginas/POPSEP34001AAcompanhamentoPsicoterpico.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2026.

Autor: Rodrigo Ferreira Carvalho



Anamnese Psicológica

DATA: ____/____/____

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

DN: ____/____/____ Profissão: _____ Religião: _____

Estado Civil: _____

Local de moradia atual: _____

2 - GENOGRAMA

3 - HISTÓRICO

O que houve com este paciente?

Como está se sentindo com relação ao tratamento ou processo no qual está sendo submetido?

4 - CUIDADO SERÁ PARA:

() Paciente () Cuidador () Ambos () Outro Familiar

5 - ESTADO PSICOLÓGICO GERAL

Como está (em nível psicológico) este paciente?

Está consciente: sim () () não

Foi receptivo ao atendimento: sim () () não

Tem conhecimento do diagnóstico: sim () () não

Tem conhecimento e entendimento do tratamento: sim () () não

Avalia-se como “bom”, “regular” e “frágil”.

Adesão ao tratamento: _____

Relação com o adoecer: _____

Relação com a equipe de saúde: _____

Avalia-se o estado Psicológico geral.

Autoestima: _____

Ansiedade: _____

Depressão: _____

Resiliência: _____

Recursos para enfrentamento (adoecer, hospitalização, prognóstico): _____

Avaliam-se as manifestações psíquicas e comportamentais:

Culpa () Raiva () Isolamento () Insegurança () Perda da Autonomia ()

Obs: _____

Paciente psiquiátricos ou com alguma alteração orgânica.

Consciência:

Alterações ()

Senso percepção:

Normal () Delírio () Confusão ()

Pensamento:

Normal () Delírio () Confusão ()

Linguagem:

Normal () Dislalia () Disartria () Afasia () Ecolalia ()

Memória:

Normal () Alteração ()

Afetividade:

Normal () Alteração ()

Motivação:

Normal () Alteração ()

Obs: _____

Profissional

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 050	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Acolhimento e oferta do cuidado psicológico a pacientes e familiares assistidos pelo Programa Melhor em Casa.

Executante: Psicólogo(a)

Objetivo Geral: Oferecer suporte emocional ao paciente e à família durante todo o processo de adoecimento, tratamento e desfecho da doença (cura, palição ou morte), com o objetivo de auxiliar na compreensão da experiência do adoecimento, fortalecer características resilientes, promover maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, favorecer a saúde mental dos envolvidos, potencializando as possibilidades de autocuidado e melhora.

Resultado Esperado: Promover a identificação do quadro clínico do paciente domiciliado e/ou acamado, bem como dos recursos psicológicos disponíveis para o enfrentamento da situação de adoecimento, a fim de mobilizá-los e potencializá-los no auxílio aos processos de reabilitação, palição ou terminalidade. Possibilitar a participação social, a reinserção social e a construção da autonomia de cada paciente em sofrimento psíquico. Otimizar a adesão aos tratamentos e procedimentos propostos pela equipe de Atenção Domiciliar. Sistematizar a assistência em saúde mental, em consonância com as necessidades e os objetivos do paciente e de sua família.

Evitar:

- Baixa adesão aos serviços, tratamentos e orientações.
- Conflitos intrapessoais e intrafamiliares que dificultam o tratamento.

Preparação de material:

- Entrevistas semiestruturadas citadas anteriormente.

Descrição do procedimento:

- Realizar acolhimento aos pacientes e familiares, pautado na empatia e no respeito à autonomia e à individualidade.
- Proporcionar um setting terapêutico flexível e dinâmico, adaptado às estruturas domiciliar e familiar e às necessidades dos pacientes, cuidadores e familiares, com foco na construção do vínculo terapêutico.
- Investigar informações sobre o paciente que contribuam para a otimização do tratamento em saúde mental.
- Realizar investigação e observação do ambiente doméstico, da situação social e das dinâmicas familiares.
- Mapear a rede de apoio do paciente e de seus familiares.
- Realizar escuta ativa e qualificada, livre de julgamentos, permitindo que pacientes e familiares expressem emoções, sentimentos e questões relacionadas à saúde, utilizando, quando necessário, escalas psicológicas e entrevistas semiestruturadas.
- Identificar possíveis demandas relacionadas à vulnerabilidade e ao risco social. Promover reflexões junto ao paciente acerca das possibilidades de enfrentamento e resposta às demandas apresentadas.
- Promover a reinserção social e o fortalecimento das redes de apoio.
- Desenvolver plano de atendimento com encaminhamentos e condutas apropriados às especificidades de cada paciente.

Responsabilidades:

- Identificar a possível pré-existência de conflitos ou transtornos psicológicos.
- Realizar escuta ativa e entrevistas semiestruturadas.
- Criar um espaço terapêutico seguro, adaptado às condições do domicílio e respaldado pelo sigilo ético-profissional, destinado ao acolhimento e manejo das demandas em saúde mental.
- Realizar reavaliações periódicas e acolher novas demandas identificadas ao longo do acompanhamento.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução Consuni N° 57/2023 de 28 de setembro de 2023*. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2023. Disponível em: <https://ufdpar.edu.br/ufdpar/paginas/POPSEP34001AAcompanhamentoPsicoterapico.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2025.

Autor: Rodrigo Ferreira Carvalho

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 051	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Promover ações e serviços assistenciais de cuidados paliativos.

Executante: Psicólogo(a)

Objetivo Geral: Promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas em cuidados paliativos por meio de uma atenção à saúde segura e humanizada, estimulando o cuidado centrado na autonomia de pacientes e familiares, considerando seus desejos, valores, crenças e demais fatores constituintes de suas individualidades.

Resultado Esperado: Garantir um atendimento humanizado, pautado no acolhimento, na mitigação do sofrimento psíquico, no alívio da dor e no respeito à individualidade.

Preparação de material:

- Entrevistas semiestruturadas citadas anteriormente.

Descrição do procedimento:

- Avaliar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do paciente e de sua família.
- Proporcionar um setting terapêutico flexível e dinâmico, adaptado às estruturas domiciliares e familiares e às necessidades dos pacientes, cuidadores e familiares, com foco na construção do vínculo terapêutico.
- Realizar acompanhamento psicológico de pacientes e familiares, com foco no alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.
- Promover a integração multiprofissional, a comunicação clara, a adaptação do paciente e da família ao processo de adoecimento e o acolhimento de questões relacionadas ao medo, à ansiedade e ao luto, utilizando uma abordagem centrada no paciente e em seus direitos à informação e à autonomia.

- Estabelecer acompanhamento remoto, por intermédio de sistemas de telessaúde, visando maior comodidade para pacientes e familiares.
- Garantir comunicação clara, efetiva e respeitosa entre equipe, pacientes e familiares, adaptando a linguagem às necessidades de cada indivíduo.
- Oferecer apoio emocional aos pacientes e familiares durante o tratamento e aos familiares durante o processo de luto.
- Auxiliar no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, identificando e potencializando fatores de resiliência no paciente e em sua família, bem como favorecendo o manejo do medo, da ansiedade e da tristeza diante das situações de adoecimento e/ou morte.
- Colaborar com outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros), a fim de garantir uma abordagem integral do cuidado.
- Realizar encaminhamentos para a Rede de Atenção à Saúde e/ou outros profissionais, quando necessário, assegurando a continuidade do cuidado.
- Facilitar a compreensão da equipe acerca das manifestações psicológicas envolvidas no processo de adoecimento.
- Identificar processos de luto antecipatório e oferecer suporte psicológico aos familiares durante esse processo.
- Promover, junto às equipes de Atenção Domiciliar e à família, a compreensão do paciente como sujeito ativo do cuidado, com direito à informação e à autonomia para a tomada de decisões relacionadas ao seu tratamento.

Responsabilidades:

- Promover a melhoria do curso da doença e o reconhecimento do sofrimento em suas dimensões física, psicoemocional, espiritual e social.
- Promover um modelo de atenção centrado nas necessidades de saúde da pessoa cuidada e de sua família, incluindo o acolhimento ao luto.
- Favorecer o início precoce dos cuidados paliativos, ofertados concomitantemente ao tratamento da doença de base.
- Estabelecer comunicação sensível, empática e ética, pautada na veracidade e na honestidade em todas as questões que envolvam pacientes, familiares, cuidadores e profissionais.
- Promover a valorização da vida e a compreensão da morte como um processo natural.
- Incentivar o respeito aos valores, crenças e práticas culturais e religiosas da pessoa cuidada.
- Promover o respeito à autonomia do indivíduo, com atenção especial à tomada de decisão substituta nos casos de crianças e pessoas curateladas ou tuteladas, observados os princípios bioéticos, os códigos profissionais e a legislação vigente.
- Ofertar cuidados paliativos em todo o ciclo de vida, de forma equânime, às pessoas em sofrimento decorrente de qualquer condição clínica que ameace a continuidade da vida.
- Observar e respeitar as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) da pessoa cuidada.

REFERÊNCIAS:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina. POP nº 11 – PSI/HU. Florianópolis, 2014 [disponível em: http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/servico_de_psicologia/POP_PSICOLOGIA_UTI_ADULTO.pdf Acesso em: 10 de setembro de 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução Consuni Nº 57/2023 de 28 de setembro de 2023*. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2023. Disponível em: <https://ufdpar.edu.br/ufdpar/paginas/POPSEP34001AAcompanhamentoPsicoterapico.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2025.

Autor: Rodrigo Ferreira Carvalho

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 052	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Teleatendimentos de Psicologia pelo Programa Melhor em Casa.

Executante: Psicólogo(a)

Objetivo Geral: Instituir atendimentos psicológicos remotos destinados a pacientes e familiares assistidos pelo programa.

Resultado Esperado: Aumentar a adesão, bem como a efetividade e a abrangência do acompanhamento psicológico ofertado aos pacientes e familiares assistidos pelo programa.

Evitar:

- Baixa adesão aos serviços, tratamentos e orientações.
- Conflitos intrapessoais e intrafamiliares que dificultam o tratamento.

Preparação de material:

- Escalas psicológicas e entrevistas semiestruturadas.
- Computador com acesso ao sistema.
- Sala com estrutura física adequada para a realização dos atendimentos, resguardando o sigilo e a privacidade das informações.

Descrição do procedimento:

- Agendar horários para atendimento remoto junto aos pacientes e/ou familiares.
- Orientar a pessoa assistida quanto à importância de, sempre que possível, realizar os atendimentos em ambiente que proporcione conforto, privacidade e condições adequadas para a preservação do sigilo.
- Contatar a pessoa a ser atendida (paciente, cuidador ou familiar) para confirmar sua

disponibilidade para o atendimento.

- No horário previamente agendado, realizar novo contato e disponibilizar o link de acesso à sala virtual onde ocorrerá o atendimento.

Responsabilidades:

- Garantir a disponibilidade de sala apropriada para a realização dos atendimentos.
- Resguardar o sigilo das informações e dos dados compartilhados durante os atendimentos.
- Verificar previamente o adequado funcionamento dos equipamentos, sistemas e da conexão de rede necessários à realização do atendimento remoto.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução Consuni N° 57/2023 de 28 de setembro de 2023*. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2023. Disponível em: <https://ufdpar.edu.br/ufdpar/paginas/POPSEP34001AAcompanhamentoPsicoterapico.pdf>. Acesso em: 10 de setembro de 2025.

Autor: Rodrigo Ferreira Carvalho

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 053	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Visita Domiciliar do Serviço Social – PMeC/SAD

Executante: Serviço Social

Objetivo Geral: Estabelecer o procedimento para a realização de visitas domiciliares do Serviço Social aos pacientes e familiares acompanhados pelo Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD), visando à avaliação sociofamiliar, ao fortalecimento da rede de apoio e à oferta de orientações pertinentes ao cuidado domiciliar, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 3.005/2024 e com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

Resultado Esperado: Fortalecer o vínculo entre a equipe do PMeC/SAD, o usuário e sua família; possibilitar a identificação precoce de situações de vulnerabilidade social e de necessidades relacionadas ao cuidado; promover a melhoria das condições de assistência e do suporte familiar; e garantir a articulação efetiva com a rede de serviços de saúde e de assistência social, assegurando a integralidade e a continuidade do cuidado no domicílio.

Preparação de material:

- Ficha de avaliação do Serviço Social (anexa);
- Registro em prontuário;
- Termos de encaminhamento à rede socioassistencial, quando aplicável;
- Escala de Zarit com reaplicação mensal (anexa).

Descrição do procedimento:

Planejamento

Identificar os usuários admitidos no PMeC/SAD que necessitem de visita domiciliar e acompanhamento do Serviço Social, considerando critérios como:

- Vulnerabilidade social ou econômica;
- Dependência funcional;
- Ausência ou fragilidade da rede de apoio;
- Necessidade de adequações domiciliares;
- Encaminhamentos realizados por outros profissionais da equipe;

Execução da Visita Domiciliar

Durante a visita, o assistente social deverá:

1. Apresentar-se à família e esclarecer os objetivos da visita;
2. Realizar escuta qualificada do paciente e dos familiares, identificando aspectos socioeconômicos, relacionais e emocionais;
3. Avaliar as condições do domicílio e o contexto em que os cuidados são realizados;
4. Verificar a rede de apoio familiar e comunitária, identificando demandas de inclusão em serviços da rede de proteção social (CRAS, CREAS, benefícios sociais, entre outros);
5. Orientar familiares e cuidadores quanto às responsabilidades relacionadas ao cuidado, aos direitos sociais e às possibilidades de apoio intersetorial;
6. Articular encaminhamentos para a rede socioassistencial, para os serviços de saúde ou para outras políticas públicas, quando necessário.

Registro e Encaminhamentos

- Registrar a visita domiciliar no prontuário e em ficha própria do Serviço Social, respeitando os critérios estabelecidos pelo Código de Ética Profissional do Assistente Social;
- Quando necessário, elaborar Relatório Social para discussão em equipe e/ou encaminhamento a outros serviços da rede.

Responsabilidades:

- **Assistente Social:**

Planejar, executar e registrar as visitas domiciliares; avaliar as condições sócio familiares dos usuários; identificar vulnerabilidades e fatores de risco; orientar familiares e cuidadores quanto aos direitos sociais e ao acesso aos serviços da rede de proteção social e de saúde; articular encaminhamentos conforme as necessidades identificadas; participar das discussões de caso com a equipe multiprofissional do PMeC/SAD; e promover articulações intersetoriais quando necessário.

- **Equipe Multiprofissional:**

Comunicar ao Serviço Social as situações que demandem visita domiciliar ou intervenção social, assegurando o trabalho integrado, o compartilhamento de informações e a construção conjunta das condutas assistenciais.

- **Coordenação do PMeC/SAD:**

Assegurar o suporte logístico, técnico e administrativo necessário à realização das visitas domiciliares, garantindo o cumprimento das normas institucionais, a integração entre os profissionais e o adequado registro das ações no sistema de informação correspondente.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 31 de janeiro de 2024.
- BRASIL. Política Nacional de Assistência Social (PNAS), 2004.
- BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (LOAS).

Autor: Morgana Cristina Batista



Anexo - Ficha de Avaliação Social



FICHA DE AVALIAÇÃO SOCIAL



Dados de identificação do Paciente:		
Nome:		
Data Nascimento:	Estado Civil:	Sexo: () F () M
Possui cadastro CRAS:	Religião/especifique:	
Situação atual de moradia: () pais () filhos () cônjuge () Outro/especifique:		
Endereço:		Fone:
Convênio Médico:	Plano Funerário:	
Fonte de renda: () Aposentado () Aux. Doença () Pensionista		
() Outro/especifique:		Renda: R\$
Faz uso de Fraldas:	Forma de Aquisição:	
Tem quantos filhos:	Maiores:	Menores:
Possui veículo:	Fuma ou faz uso de álcool:	
Recebe visita ou é acompanhado pelo ESF/UBS:		
() Curatela () Tutelar Responsável legal:		

Cuidador de referência:

Nome:	Idade:	Escolaridade:
() familiar/especifique:	() terceirizado	() cuida só
() tem ajuda de outros/especifique:		
() faz tratamento médico:		

Contexto Habitacional:

() casa	() apartamento	() outro/especifique:
() própria	() alugada	() cedida: () financiada
Nº de cômodos:	Esgoto:	Rede Elétrica:
Condições de Higiene:		

Identificação dos familiares ou responsáveis que compõe o núcleo familiar

Nome:	Idade:	Escolaridade:
Grau de parentesco:	Religião/especifique:	
Fonte de renda/especifique:	Renda: R\$	
() Faz tratamento médico:		

Nome:	Idade:	Escolaridade:
Grau de parentesco:	Religião/especifique:	
Fonte de renda/especifique:	Renda: R\$	
() Faz tratamento médico:		

Nome:	Idade:	Escolaridade:
Grau de parentesco:	Religião/especifique:	
Fonte de renda/especifique:	Renda: R\$	
() Faz tratamento médico:		



Avaliação Social

Nome:	Idade:	Escolaridade:
Grau de parentesco:	Religião/especifique:	
Fonte de renda/especifique:	Renda: R\$	
☐ Faz tratamento médico:		

Nome:	Idade:	Escolaridade:
Grau de parentesco:	Religião/especifique:	
Fonte de renda/especifique:	Renda: R\$	
☐ Faz tratamento médico:		

Nome:	Idade:	Escolaridade:
Grau de parentesco:	Religião/especifique:	
Fonte de renda/especifique:	Renda: R\$	
☐ Faz tratamento médico:		

Problemas no núcleo familiar

☐ Alcoolismo	☐ Drogadição	☐ Deficiência	☐ Desemprego
☐ Prisão	☐ Abandono de familiar	☐ Violência	

Outras informações

(espaço a ser utilizado com informações adicionais não contempladas nas questões anteriores, como por exemplo: gastos extras, conflitos familiares, **Diretiva Antecipada de Vontade**, óbito no domicílio, atendimento especializado para os familiares/cuidadores, atendimentos anteriores no CRAS/CREAS, PSF's, tutela e curatela, etc).

Parecer Social

Espaço reservado ao profissional do Serviço Social

Data: _____

Profissional Responsável

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 054	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Atendimento do Serviço Social aos Pacientes em Cuidados Paliativos e seus Familiares no Programa Melhor em Casa.

Executante: Assistente Social

Objetivo Geral: Estabelecer diretrizes e padronizar as ações do Serviço Social junto à equipe multiprofissional no atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos e seus familiares, no âmbito do Programa Melhor em Casa, visando à integralidade, à humanização e à continuidade do cuidado.

Resultado Esperado:

- Fortalecimento do vínculo entre equipe, paciente e familiares;
- Melhoria da comunicação e da tomada de decisão compartilhada;
- Identificação precoce de vulnerabilidades sociais e emocionais;
- Ampliação e orientações do acesso a benefícios sociais e serviços da rede de atenção;
- Promoção da integralidade e da continuidade do cuidado;
- Redução de reinternações e situações de desassistência;
- Apoio qualificado à família durante o processo de terminalidade e luto;
- Melhoria da qualidade de vida do paciente e de sua família.

Preparação de material:

- Prontuário do paciente (registro dos atendimentos do Serviço Social);
- Ficha de avaliação social (quando aplicável);
- Relatórios de acompanhamento e encaminhamentos;
- Planilha de atendimento e indicadores do Serviço Social.

Descrição do procedimento:**Identificação e Encaminhamento**

- O paciente é identificado como elegível para Cuidados Paliativos pela equipe do PMeC/SAD;
- Quando houver necessidade de intervenção social, o profissional responsável deverá realizar o encaminhamento ao Serviço Social por meio de registro em prontuário e/ou comunicação direta.

Avaliação Social

- O assistente social realiza entrevista com o paciente e/ou familiares no domicílio;
- Avalia as condições socioeconômicas, os vínculos familiares, a rede de apoio, os recursos comunitários e os aspectos emocionais, culturais e sociais envolvidos no cuidado;
- Registra as informações relevantes no prontuário e no instrumento de avaliação social.

Intervenção Social

- Oferece acolhimento, escuta qualificada e suporte psicossocial à família;
- Orienta sobre benefícios e direitos sociais (Benefício de Prestação Continuada – BPC, auxílio por incapacidade temporária, transporte sanitário, entre outros);
- Facilita o acesso a serviços e programas da rede socioassistencial e da rede de saúde;
- Media conflitos e promove o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Apoia a equipe e a família em situações relacionadas ao luto, à terminalidade e à

tomada de decisão.

Articulação Intersectorial

- Realiza contato com unidades de saúde, CRAS, CREAS, hospitais e demais instituições da rede, conforme necessidade identificada;
- Participa de reuniões de matriciamento, discussão de casos e planejamento terapêutico;
- Solicita acompanhamento de outros serviços e setores, quando pertinente.

Registro e Comunicação

- Todos os atendimentos, orientações e encaminhamentos devem ser registrados em prontuário físico e/ou eletrônico;
- As informações relevantes devem ser compartilhadas com a equipe multiprofissional, respeitando os princípios éticos e o sigilo profissional.

Responsabilidades:

Serviço Social do PMeC/SAD:

- Planejar, executar e registrar os atendimentos sociais destinados aos pacientes e familiares;
- Avaliar as condições sociofamiliares e identificar vulnerabilidades, riscos sociais e necessidades de intervenção;
- Oferecer suporte psicossocial, orientações sobre direitos sociais e informações acerca dos recursos disponíveis na rede de proteção social e de saúde;
- Facilitar a comunicação entre equipe, paciente e família;
- Articular ações com a rede de apoio social, serviços de saúde e recursos comunitários;
- Participar das reuniões de equipe e das discussões de casos;
- Elaborar relatórios, pareceres e registros em prontuário e nos sistemas institucionais pertinentes.

Equipe Multiprofissional:

- Compartilhar informações relevantes sobre o quadro clínico, funcional e social do paciente;

- Participar da construção conjunta do plano terapêutico e do plano de cuidado;
- Encaminhar ao Serviço Social as demandas sociais identificadas durante o acompanhamento domiciliar;
- Colaborar na implementação de estratégias que promovam a integralidade e a continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS:

- Ministério da Saúde. Política Nacional de Cuidados Paliativos. Brasília, 2024.
- Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Saúde. CFESS, 2010.
- Organização Mundial da Saúde (OMS).
- Cuidados Paliativos: Diretrizes para o tratamento e cuidado, 2018.

Autor: Morgana Cristina Batista

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 055	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Comunicação e Cooperação entre a Equipe do PMeC/SAD e a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Executante: Assistente Social

Objetivo Geral: Estabelecer um processo sistemático, padronizado e eficaz de comunicação, integração e cooperação entre o Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD) e os diversos estabelecimentos que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando à identificação, ao encaminhamento, ao acompanhamento e à contrarreferência dos usuários que necessitam de cuidados em diferentes níveis de atenção, abrangendo a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada (Média Complexidade) e a Atenção Hospitalar (Alta Complexidade).

Resultado Esperado: Espera-se a melhoria da comunicação entre os serviços de saúde, promovendo o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Com isso, busca-se alcançar maior resolutividade e continuidade dos cuidados, reduzindo falhas nos fluxos de referência e contrarreferência. Dessa forma, pretende-se promover a integralidade e a equidade no atendimento aos usuários do SUS, garantindo uma assistência mais coordenada, eficiente e humanizada.

Preparação de material:

- Relatório Social/Técnico de Encaminhamento;
- Formulário de Encaminhamento e Contrarreferência;
- Ficha de Comunicação Intersetorial (quando aplicável);
- Registro em prontuário.

Descrição do procedimento:

1. Identificação da Necessidade de Comunicação ou Encaminhamento

A necessidade de articulação entre os serviços poderá ser identificada durante:

- Visitas domiciliares;
- Avaliações clínicas e sociais;
- Alta hospitalar com necessidade de continuidade do cuidado domiciliar;
- Situações de agravamento clínico;
- Necessidade de exames, internações, reabilitação ou atendimento especializado.

O profissional responsável deverá comunicar o Serviço Social e/ou a Coordenação do PMeC/SAD para a adoção das providências e dos encaminhamentos necessários.

2. Avaliação e Planejamento do Encaminhamento

- O Serviço Social avalia, em conjunto com a equipe multiprofissional do PMeC/SAD, a situação do usuário, o tipo de necessidade apresentada e o ponto de atenção mais adequado na rede;
- Quando necessário, a articulação poderá ser realizada presencialmente junto ao serviço de referência.

3. Comunicação entre os Serviços

A comunicação entre os pontos da rede deverá ocorrer de forma:

- **Formal:** por meio de relatórios, ofícios, formulários de encaminhamento ou sistemas eletrônicos institucionais;
- **Informal e complementar:** por contato telefônico institucional ou reuniões presenciais;
- **Documentada:** todos os contatos realizados deverão ser registrados em prontuário do PMeC/SAD.

O Serviço Social atuará como elemento articulador do processo, garantindo clareza, objetividade e resolutividade na troca de informações.

4. Contrarreferência e Acompanhamento

- Após o atendimento do usuário em outro ponto da rede, deverá ser encaminhado ao

PMeC/SAD o registro das condutas adotadas e/ou da evolução do caso, assegurando o processo de contrarreferência para os pacientes em acompanhamento;

- O Serviço Social e a equipe multiprofissional do PMeC/SAD deverão analisar as informações recebidas e, quando necessário, redefinir o plano de cuidado;

5. Reuniões e Integração Intersetorial

- Promover reuniões periódicas com representantes da Rede de Atenção à Saúde (RAS), CRAS, CREAS e demais serviços de apoio;
- Participar de ações de matriciamento, pactuações intersetoriais e espaços de discussão compartilhada;
- Registrar todas as deliberações em atas, relatórios ou instrumentos institucionais equivalentes.

Responsabilidades:

Serviço Social do PMeC/SAD

- Identificar necessidades de articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde;
- Realizar avaliação social e técnica dos casos que demandem continuidade do cuidado em outros pontos da rede;
- Elaborar relatórios sociais, pareceres técnicos e documentos formais de encaminhamento;
- Manter comunicação sistemática com os serviços de saúde e assistência social envolvidos no acompanhamento do usuário;
- Acompanhar e monitorar as respostas aos encaminhamentos realizados, enquanto o paciente permanecer sob acompanhamento do PMeC/SAD.

Equipe Multiprofissional do PMeC/SAD

- Comunicar ao Serviço Social e à Coordenação as demandas que exijam processos de referência e contrarreferência na rede;
- Participar das discussões multiprofissionais e da construção dos planos de cuidado intersetoriais;
- Assegurar o registro em prontuário de todas as articulações intersetoriais realizadas.

Coordenação do PMeC/SAD

- Garantir o cumprimento deste Procedimento Operacional Padrão (POP) e o

alinhamento com os fluxos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde;

- Promover a integração com os demais pontos da rede, participando de reuniões de matriciamento, pactuações e comissões intersetoriais;
- Apoiar tecnicamente a equipe na resolução de entraves administrativos ou logísticos relacionados à articulação com outros níveis de atenção.

Demais Estabelecimentos de Saúde da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

- Receber e acolher os encaminhamentos oriundos do PMeC/SAD;
- Garantir a contrarreferência ao serviço de origem, fornecendo informações sobre as condutas adotadas e a evolução do usuário;
- Manter canal de comunicação permanente com o PMeC/SAD, respeitando os princípios da integralidade, continuidade e coordenação do cuidado.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 31 de janeiro de 2024.
- BRASIL. Política Nacional de Assistência Social (PNAS), 2004.
- BRASIL. Lei nº 8.080/1990 — Lei Orgânica da Saúde.
- BRASIL. Lei nº 8.742/1993 (LOAS) — Lei Orgânica da Assistência Social.
- BRASIL. Decreto nº 7.508/2011 — Rede de Atenção à Saúde.
- CNAS. Resolução nº 109/2009 — Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.
- CFESS. Código de Ética Profissional do Assistente Social, 2012.

Autor:Morgana Cristina Batista

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 056	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Articulação com Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

Executante: Assistente Social

Objetivo Geral: Estabelecer um processo sistemático e eficaz de comunicação e cooperação entre o Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), com o objetivo de identificar, encaminhar e acompanhar indivíduos e famílias em situação de violência, negligência, abuso ou outras formas de violação de direitos, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 3.005/2024 e pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004).

Resultado Esperado: Fortalecer a articulação entre os setores da Saúde e da Assistência Social, possibilitando respostas mais rápidas e efetivas diante de situações de violação de direitos. Busca-se, assim, reduzir a reincidência de situações de violência e negligência, ampliando a proteção social de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade. Além disso, pretende-se consolidar uma rede intersetorial eficiente, integrada e humanizada, capaz de promover cuidados e ações de forma coordenada, contínua e resolutiva.

Preparação de material:

- Relatório Social/Técnico de Encaminhamento;
- Ofício de Encaminhamento ao CREAS;
- Registro em prontuário;
- Planilha de acompanhamento intersetorial (PMeC/SAD–CREAS).

Descrição do procedimento:

1. Identificação da Situação

A identificação poderá ocorrer durante:

- Visitas domiciliares;
- Atendimentos clínicos ou sociais;
- Observação de sinais de violência física, psicológica, sexual ou negligência;
- Relato espontâneo do usuário ou familiar;
- Informações provenientes da rede de apoio.

O profissional que identificar a situação deverá comunicar imediatamente o Serviço Social do PMeC/SAD para avaliação, registro e adoção das providências cabíveis.

2. Avaliação e Registro

O assistente social realizará avaliação técnica da situação, assegurando o sigilo profissional, a confidencialidade e a segurança das informações.

Deverá:

- Elaborar Relatório Social ou Técnico de Encaminhamento contendo:
 - Dados de identificação do usuário e/ou família;
 - Descrição objetiva da situação de risco ou violação de direitos;
 - Providências já adotadas;
 - Justificativa e objetivo do encaminhamento.
- Registrar a conduta adotada em prontuário e arquivar cópia da documentação no setor responsável, observadas as normas institucionais de guarda e sigilo documental.

3. Encaminhamento ao CREAS

- O encaminhamento será realizado por meio de formulário institucional e ofício, direcionados ao CREAS de referência territorial;
- Nos casos de risco iminente ou grave violação de direitos, o encaminhamento deverá ocorrer de forma imediata e prioritária, com comunicação simultânea à Coordenação do PMeC/SAD.

4. Comunicação e Articulação Intersetorial

A comunicação entre o PMeC/SAD e o CREAS deverá ser mantida de forma ética, contínua e confidencial, utilizando os seguintes meios:

- E-mail institucional;
- Contatos telefônicos oficiais;
- Reuniões técnicas conjuntas;
- Relatórios de retorno sobre o acompanhamento dos casos.

Os casos de maior complexidade poderão ser discutidos em reuniões intersetoriais com representantes da Saúde, da Assistência Social e dos órgãos integrantes do Sistema de Garantia de Direitos.

5. Acompanhamento e Monitoramento

O Serviço Social do PMeC/SAD deverá manter acompanhamento ativo do caso, registrando:

- Retornos e pareceres emitidos pelo CREAS;
- Evolução da situação identificada;
- Reavaliações periódicas realizadas.

A equipe multiprofissional deverá ser informada acerca das medidas adotadas, respeitando os princípios éticos e o sigilo profissional, para adequação das condutas assistenciais e do plano de cuidado.

Responsabilidades:

Serviço Social do PMeC/SAD

- Identificar situações de violência, negligência, abuso ou outras formas de violação de direitos;
- Realizar escuta qualificada e avaliação social;
- Elaborar relatório técnico contendo os elementos necessários à compreensão da situação identificada;
- Encaminhar o caso ao CREAS de referência territorial;
- Acompanhar e monitorar o andamento do caso em articulação com o CREAS;

- Participar de reuniões intersetoriais e da discussão de casos complexos.

Equipe Multiprofissional do PMeC/SAD

- Comunicar ao Serviço Social indícios ou situações de violação de direitos identificadas durante os atendimentos domiciliares;
- Participar das discussões multiprofissionais sobre as condutas a serem adotadas;
- Garantir o sigilo das informações e a proteção da pessoa envolvida.

Equipe do CREAS

- Receber e avaliar os encaminhamentos provenientes do PMeC/SAD;
- Oferecer atendimento especializado e acompanhamento psicossocial aos usuários e suas famílias;
- Promover ações protetivas e articulação com os órgãos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (Conselho Tutelar, Ministério Público, Defensoria Pública, entre outros);
- Manter comunicação com o PMeC/SAD acerca das ações desenvolvidas, preservando a confidencialidade das informações.

Coordenação do PMeC/SAD

- Assegurar o cumprimento deste Procedimento Operacional Padrão (POP) e dos fluxos estabelecidos para comunicação e encaminhamento;
- Promover capacitação permanente da equipe sobre violência, direitos humanos e proteção social, em articulação com o Serviço Social;
- Garantir suporte administrativo, técnico e institucional aos profissionais envolvidos no acompanhamento dos casos.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 31 de janeiro de 2024.
- BRASIL. Política Nacional de Assistência Social (PNAS), 2004.
- BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (LOAS).
- BRASIL. Resolução CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009 – Tipificação Nacional dos **Serviços** Socioassistenciais.
- MDS. Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), 2012.

- CFESS. Código de Ética Profissional do Assistente Social, 2012.
- CFESS. Resolução nº 493/2006.

Autor: Morgana Cristina Batista

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 057	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Identificação, Encaminhamento e Acompanhamento de Famílias em Situação de Vulnerabilidade Social – Articulação PMeC/SAD e CRAS.

Executante: Assistente Social

Objetivo Geral: Estabelecer um processo sistemático e eficaz de identificação, encaminhamento e acompanhamento de famílias em situação de vulnerabilidade social acompanhadas pelo PMeC/SAD, promovendo a integração entre os serviços de saúde e a rede de proteção social básica, conforme diretrizes da Portaria GM/MS nº 3.005/2024 e da Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004).

Resultado Esperado: Fortalecimento da articulação entre o PMeC/SAD e o CRAS, promovendo maior efetividade nas ações intersetoriais entre as áreas da saúde e da assistência social. Como consequência, prevê-se a redução de agravos decorrentes de vulnerabilidades sociais, a ampliação do acesso das famílias aos benefícios, serviços e programas do SUAS, bem como a melhoria na qualidade de vida das famílias acompanhadas pelo serviço.

Preparação de material:

- Ficha de Avaliação Social;
- Relatório Social e Formulário de Encaminhamento ao CRAS;
- Registro em Prontuário;
- Planilha de Acompanhamento Intersetorial (SAD/CRAS).

Descrição do procedimento:

Identificação da Situação de Vulnerabilidade

A identificação pode ocorrer durante:

- Atendimento domiciliar da equipe multiprofissional;
- Acolhimento ou avaliação social;
- Observação de indicadores como:
- Ausência de renda ou acesso a benefícios sociais;
- Precariedade das condições de moradia;
- Falta de rede de apoio ou cuidador;
- Situações de negligência, violência ou abandono;
- Dependência química, doenças crônicas ou limitações severas.

O profissional que identificar a situação deve comunicar o Serviço Social para avaliação e registro.

Avaliação e Encaminhamento ao CRAS

O assistente social do PMeC/SAD realiza avaliação técnica do contexto familiar e elabora Relatório Social contendo:

- Dados de identificação do usuário/família;
- Descrição da situação de vulnerabilidade;
- Demandas observadas;
- Orientações e encaminhamentos propostos.
- O relatório é encaminhado ao CRAS de referência territorial, acompanhado de formulário de encaminhamento institucional.

Comunicação Intersetorial

O PMeC/SAD e o CRAS devem manter fluxo contínuo de comunicação, por meio de:

- Contato telefônico e e-mail institucional;
- Reuniões de articulação periódicas;

- Compartilhamento de informações técnicas (respeitando a confidencialidade).

Quando necessário, o Serviço Social do PMeC/SAD poderá participar de reuniões de matriciamento ou estudo de caso intersetorial, fortalecendo o acompanhamento conjunto.

Acompanhamento e Monitoramento

O Serviço Social acompanha a evolução do caso e mantém registros sobre:

- Retorno do CRAS;
- Inserção da família em programas e serviços socioassistenciais;
- Impacto das ações sobre as condições de vida e de cuidado.
- Os registros devem constar no Prontuário em planilha de monitoramento social do serviço.
- Casos de risco social grave devem ser notificados à coordenação e, se necessário, encaminhados ao CREAS.

Responsabilidades:

Serviço Social do PMeC/SAD:

- Identificar, avaliar e registrar famílias em situação de vulnerabilidade social;
- Realizar articulação com os CRAS de referência;
- Elaborar relatórios sociais e acompanhar os encaminhamentos;
- Promover o diálogo entre equipe de saúde e assistência social.

Equipe Multiprofissional do PMeC/SAD:

- Sinalizar ao Serviço Social casos com indicativos de vulnerabilidade social ou necessidade de apoio intersetorial;
- Participar das discussões de caso e apoiar o acompanhamento integrado.

CRAS (Centro de Referência de Assistência Social):

- Receber encaminhamentos do PMeC/SAD;
- Avaliar a situação familiar e inserir nos serviços e benefícios do Sistema Único de Assistência Social (SUAS);
- Retornar informações sobre o acompanhamento realizado, garantindo continuidade

do cuidado

Coordenação do PMeC/SAD:

- Garantir o cumprimento deste POP, articulando com a gestão municipal da Assistência Social.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 31 de janeiro de 2024.
- BRASIL. Política Nacional de Assistência Social (PNAS), 2004.
- BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (LOAS).
- MDS. Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), 2012.
- CFESS. Código de Ética Profissional do Assistente Social, 2012.
- CFESS. Resolução nº 493/2006

Autor: Morgana Cristina Batista

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 058	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Articulação PMeC/SAD com o Conselho Tutelar.

Executante: Assistente Social

Objetivo Geral: Estabelecer um fluxo sistemático de identificação, notificação, encaminhamento e acompanhamento de crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, em articulação com o Conselho Tutelar, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e demais normativas vigentes.

Resultado Esperado: Garantir proteção integral e intervenção oportuna em situações de violação de direitos de crianças e adolescentes, fortalecendo a articulação entre o Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD) e o Conselho Tutelar. Espera-se reduzir a reincidência de negligência, abuso e violência, assegurando acompanhamento contínuo e integrado, com respostas rápidas, eficazes e humanizadas.

Preparação de material:

- Relatório Social / Técnico de Encaminhamento;
- Ficha de Notificação (quando aplicável – SINAN ou instrumento municipal);
- Ofício de Encaminhamento ao Conselho Tutelar;
- Registro no Prontuário do Cidadão;
- Planilha de acompanhamento intersetorial.

Descrição do procedimento:**Identificação da Situação:**

A identificação pode ocorrer durante:

- Visitas domiciliares;
- Atendimentos clínicos ou sociais;
- Observação de sinais de negligência, abandono, violência física, psicológica ou sexual;
- Relato espontâneo da criança, adolescente ou responsável;
- Informações provenientes da rede de apoio.

O profissional que identificar deve comunicar imediatamente o Serviço Social do PMeC/SAD para avaliação e registro.

Avaliação e Registro: O assistente social realiza avaliação técnica da situação, garantindo sigilo profissional e proteção da criança/adolescente. Deve:

- Elaborar Relatório Social ou Técnico contendo:
 - Identificação da criança/adolescente e família;
 - Descrição objetiva da situação de risco ou violação;
 - Histórico familiar e social relevante;
 - Providências já adotadas;
 - Fundamentação legal (ECA);
 - Justificativa e objetivo do encaminhamento.

- A conduta deve ser registrada no prontuário e arquivada conforme normas institucionais.

Encaminhamento ao Conselho Tutelar: O encaminhamento deve ser realizado por meio de ofício institucional, anexando o relatório técnico.

- Em casos de risco iminente, o acionamento deve ser imediato, inclusive por contato telefônico, seguido de formalização documental;
- A coordenação do PMeC/SAD deve ser informada simultaneamente.

Acompanhamento e Monitoramento: O Serviço Social do PMeC/SAD deve:

- Registrar retorno do Conselho Tutelar;
- Monitorar evolução do caso;
- Realizar reavaliações periódicas;
- Informar a equipe multiprofissional para adequação das condutas.

Responsabilidades:

Serviço Social do PMeC/SAD:

Identificar situações de risco envolvendo crianças e adolescentes;

- Realizar escuta qualificada;
- Elaborar relatório técnico fundamentado;
- Encaminhar ao Conselho Tutelar;
- Monitorar e acompanhar o caso;
- Participar de discussões intersetoriais.

Coordenação do PMeC/SAD:

- Garantir cumprimento do fluxo;
- Apoiar tecnicamente a equipe;

- Promover capacitações sobre ECA e proteção à infância;
- Assegurar suporte administrativo.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990);
- BRASIL. Lei nº 8.742/1993 (LOAS);
- BRASIL. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004);
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.005/2004;
- Resolução CNAS nº 109/2009;
- NOB/SUAS (2012);
- CFESS. Código de Ética Profissional do Assistente Social (2012).

Autor: Morgana Cristina Batista

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 059	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Viabilizar e facilitar a assistência prestada pelo Programa Melhor em Casa e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) aos pacientes do Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD) do Município de Poços de Caldas – MG.

Executante: Equipes PMeC e SAMU

Objetivo Geral: Trabalhar de forma integrada, pactuada e compartilhada na RAS visando o bem estar, atendimento assertivo e agilidade no atendimento.

Resultado Esperado: Pactuação entre SAMU e PMeC de forma oportuna e efetiva a proporcionar excelência em saúde. Evitar a desassistência fora do horário de atendimento do programa, das 19h às 7h, e auxiliar nas intercorrências em domicílio.

Procedimentos:

1. Será disponibilizado ao SAMU uma listagem atualizada através do Google Drive contendo: nomes dos pacientes, idade, CID, classificação quanto aos cuidados paliativos (aceite da família ou negação), dispositivos e evoluções da semana.
2. Fica estabelecido que SAMU e PMeC/SAD são parceiros. SAMU apoiará em intercorrências clínicas aos pacientes assistidos pelo programa aos finais de semana, horário noturno e em eventuais situações de emergência, quando a equipe estiver com dificuldade de logística e sejam necessárias atuação do SAMU. Fica pactuado que o profissional do PMeC, quando no domicílio em intercorrências, deve entrar em contato telefônico com SAMU, para explicação do caso clínico. Será realizado encaminhamento para o setor de referência;
3. Na ausência do profissional do PMeC, o familiar se responsabilizará pelo contato telefônico com SAMU;
4. Todos os pacientes terão placa de identificação beira-leito, em anexo, contendo: nome, idade, data de nascimento, CID, classificação de risco e LPP, cuidados paliativos ou reabilitação e setor de referência caso tenha que ser removido do domicílio (em anexo).
5. Em caso de dúvidas, o SAMU entrará em contato a equipe do PMeC pelo telefone

celular 98871-1157;

6. Sempre que necessário será realizada reunião entre as coordenações do SAMU e do PMeC para novas pactuações e avaliações do trabalho compartilhado.

REFERÊNCIAS:

PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009; Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde; Art.3 Paragrafo Único item 1

PORTARIA Nº 3005 de 2024 de janeiro de 2024.

Meltzer, S.C.; et al. Brunner&Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Autor: Alexssandra dos Santos Souza - Fevereiro/2021

Revisado por: Natália Evangelista da Silva e Morgana Batista - Julho/2026

Anexo - Placa de Identificação Beira Leito

NOME:

IDADE:

NASCIMENTO:

CID:

LPP:

RISCOS:

TIPO DE CUIDADO:

REFERÊNCIA:



Melhor em CASA
A segurança do hospital
no conforto de sua casa

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 060	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Padronizar os critérios de alta para os pacientes do Melhor em Casa.

Executante: EMAD e EMAP

Objetivo Geral: Estabelecer rotina de critérios de alta de acordo com a Portaria GM/MS nº 3005 02/01/2024.

Resultado Esperado: Padronização de critérios específicos para alta.

Evitar: Que pacientes AD1 sejam acompanhados pelo PMeC ou que a família se recuse a seguir as condutas da equipe.

Responsabilidades: Que sejam realizadas orientações específicas aos familiares da condição clínica específica de cada usuário e que as orientações se estendam até as equipes de referência para que a transição de cuidados seja realizada de maneira segura.

Procedimentos:

Será realizado alta do paciente nas seguintes condições:

- Ausência do paciente no município sem justificativas terapêuticas, informadas previamente.
- Melhora das condições clínicas com transferência para acompanhamento na Atenção Básica;
- Agravamento do quadro que justifique internação hospitalar;
- Piora das condições domiciliares mínimas com comprometimento da segurança da atenção domiciliar;
- Inexistência de cuidador nos casos de dependência funcional;
- Quando o paciente estiver com reabilitação funcional ou parcial que possibilite autocuidado e deslocamento para as clínicas de reabilitação;
- Solicitação de desligamento pelo paciente ou pelos familiares, através do termo de desligamento
- Não cumprimento das recomendações terapêuticas e dos acordos assistenciais após

inúmeras tentativas de repactuação;

- A realização de 3 visitas improdutivas consecutivas não justificadas;
- Término de medicação e curativos em situações de admissão transitória (apoio);
- Óbito.

REFERÊNCIAS:

Hospital Alemão Oswaldo Cruz – Sustentabilidade Social – PROJETO COMPLEXIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR. PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – PROAD SUS 2017, capítulo I, pág.16.

<https://www.neadsaude.org.br/caderno-de-boas-praticas/> . Acesso dia 27/04/2025, às 10:39. Caderno de atenção domiciliar – Volume 1, MINISTÉRIO DA SAÚDE-2012.

Autor: Alexssandra dos Santos Souza - Fevereiro/2021

Revisado por: Lilian Natália Evangelista da Silva e Thiago Henrique de Souza- Julho/2026

Anexo - Fluxograma de Avaliação e Alta do Programa Melhor em Casa



Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 061	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Visita Pós Óbito

Executante: Assistente Social e Psicólogo

Objetivo Geral: Padronizar a realização da visita domiciliar pós-óbito aos familiares de pacientes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD), visando o acolhimento do luto, a identificação de necessidades psicossociais e o encerramento qualificado do caso.

Resultado Esperado:

- Familiares acolhidos de forma humanizada, com espaço para expressão do luto e escuta qualificada;
- Identificação precoce de necessidades psicossociais e de possíveis sinais de luto complicado;
- Orientação adequada quanto aos serviços disponíveis na rede de atenção (Atenção Primária, assistência social, apoio psicológico, entre outros);
- Encaminhamentos realizados, quando necessário, garantindo a continuidade do cuidado aos familiares;
- Encerramento do caso de forma qualificada, com registro completo em prontuário e comunicação à equipe de referência do território;
- Fortalecimento do vínculo entre serviço de saúde e família, mesmo após o óbito.

Preparação de material:

- Verificar previamente a agenda e o planejamento da visita domiciliar;
- Revisar o histórico clínico e o contexto familiar, considerando o vínculo estabelecido e possíveis vulnerabilidades;
- Separar materiais necessários para a condução da visita, tais como:
 - Contatos da rede de apoio (Atenção Primária, assistência social, serviços de apoio psicológico, entre outros);
 - Materiais educativos/orientativos, se disponíveis;

- Formulário de Pesquisa de Satisfação em POP posteriormente citado;
- Garantir identificação profissional (crachá/uniforme institucional);
- Organizar logística de deslocamento da equipe;
- Alinhar previamente, entre os profissionais envolvidos, a abordagem a ser adotada durante a visita;
- Assegurar postura ética, sigilo profissional e preparo para abordagem sensível ao luto.

Descrição do procedimento:

Planejamento da visita

- Avaliar a pertinência da visita conforme vínculo estabelecido, contexto familiar e condições do óbito.
- Definir profissional(is) responsável(is) pela realização da visita.
- Programar a visita, preferencialmente entre 7 e 14 dias após o óbito (ou conforme avaliação da equipe).

Realização da visita

Durante a visita, a equipe deverá:

- Realizar acolhimento humanizado aos familiares, respeitando o momento do luto;
- Possibilitar escuta qualificada, permitindo a expressão de sentimentos;
- Identificar sinais de luto complicado ou sofrimento psíquico;
- Ofertar orientações quanto aos serviços disponíveis na rede (Atenção Primária, assistência social, apoio psicológico, entre outros);
- Reforçar os canais de apoio da rede de saúde;
- Verificar necessidades sociais e, se necessário, realizar encaminhamentos.

Encerramento do caso

- Registrar em prontuário todas as informações pertinentes à visita;
- Comunicar a equipe de referência da Atenção Primária para continuidade do apoio à família, quando necessário.

Responsabilidades:

- Avaliar a necessidade e pertinência da realização da visita pós-óbito, considerando o contexto familiar, o vínculo com a equipe e possíveis situações de vulnerabilidade;
- Planejar e executar a visita domiciliar com abordagem humanizada, assegurando acolhimento e escuta qualificada aos familiares;
- Identificar demandas psicossociais e de saúde, realizando orientações e encaminhamentos à rede de atenção, quando necessário;
- Assegurar a articulação com a Atenção Primária à Saúde e demais pontos da rede para continuidade do cuidado à família;
- Formalizar o encerramento do caso de maneira qualificada;
- Respeitar a autonomia da família quanto ao aceite da visita e às orientações propostas;
- Manter a confidencialidade e a ética profissional em todas as etapas do processo.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024. Redefine as diretrizes do Programa Melhor em Casa (PMeC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar: Volume 1 – Atenção Domiciliar no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Domiciliar: Volume 2 – Atenção Domiciliar e o cuidado ao paciente em situação de cronicidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- World Health Organization (WHO). Palliative Care. Geneva: WHO, 2020.
- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: ANCP, 2012.

Autor: Morgana Cristina Batista

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 062	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Encaminhamento para reabilitação na RAS.

Executante: Fisioterapeuta e Corporativo

Objetivo Geral: Estabelecer o fluxo após alta clínica dos pacientes que iniciaram reabilitação no Programa Melhor em Casa (PMec/SAD) e tornaram-se AD1.

Resultado Esperado: Garantir que o paciente dê continuidade no tratamento pela RAS em caso de necessidade.

Preparação de material:

- Laudo para Solicitação/Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) em anexo.

Descrição do procedimento:

- 1) Paciente é atendido pelo profissional.
- 2) É iniciado a reabilitação em domicílio, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular.
- 3) Após alcance dos objetivos declarados em PTI, inicia-se diálogo sobre alta clínica do paciente.
- 4) Profissional responsável, realiza o encaminhamento através da APAC.
- 5) Pedido é entregue na Secretaria de Saúde do município e através da Regulação, paciente inicia o tratamento na RAS.

Responsabilidades:

- Preenchimento correto de todas as lacunas da APAC.
- Diálogo com paciente sobre o encaminhamento
- Escrever a região que o paciente mora para a referência ser mais próxima ao seu

domicílio.

REFERÊNCIAS

- POÇOS DE CALDAS. *Prefeitura Municipal de Poços de Caldas*. Disponível em: <https://www.pocosdecaldas.mg.gov.br/>. Acesso em: 21 out. 2025.

Autor: Natália Evangelista da Silva e Rosimeire Rodrigues -Julho/2026

Anexo - Laudo Médico para Procedimentos de Alta Complexidade - APAC

 Estado de Santa Catarina Ministério da Saúde		LAUDO MÉDICO PARA PROCEDIMENTOS DE ALTA COMPLEXIDADE - APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE		7 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☐	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		8 - RAÇA/COR	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		16 - UF	
17 - CEP			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	NOME DO PROCEDIMENTO	QTDE	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO
RESUMO DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		DATA DA SOLICITAÇÃO	
DOCUMENTO () CNS () CPF		NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
ASSINATURA E CARIMBO			
AUTORIZAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		COD ORGÃO EMISSOR	
DOCUMENTO () CNS () CPF		NÚMERO DO DOCUMENTO (CNS/CPF)	
DATA DA AUTORIZAÇÃO		ASSINATURA E CARIMBO	
NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		CNES	

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 063	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Encaminhamento para Junta Reguladora.
Executante: Médico, Fisioterapeuta e Fonoaudiólogo.
Objetivo Geral: Estabelecer o fluxo após avaliação/ reabilitação pelo Programa Melhor em Casa para os pacientes que possuem perfil AD1.
Resultado Esperado: Garantir que o paciente dê continuidade no tratamento pela RAS em caso de necessidade.
Preparação de material: • Relatório médico sobre quadro do paciente, descrevendo condições que necessitem de continuidade da atenção. • Cópia do cartão do SUS. • Cópia do documento de identidade. • Comprovante de residência. • Telefone de contato do responsável pelo paciente.
Descrição do procedimento: Pacientes PMeC: 1) Paciente é atendido pela equipe do PMeC. 2) É iniciado a reabilitação em domicílio, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular. 3) Após alcance dos objetivos declarados em PTI, inicia-se diálogo sobre alta clínica do paciente. 4) Profissionais responsáveis, realizam o encaminhamento através do relatório solicitando continuidade dos cuidados conforme Protocolo Municipal. 5) Pedido é entregue na Secretaria de Saúde do município na Junta Reguladora, paciente será encaminhado para continuidade dos atendimentos nas Instituições conveniadas.

Pacientes avaliação:

- 1) Paciente é avaliado pela equipe do PMeC.
- 2) Não possui perfil para admissão, porém possui necessidade de atendimento especializado na RAS.
- 3) Profissionais responsáveis, realizam o encaminhamento através do relatório solicitando atendimento especializado..
- 4) Pedido é entregue na Secretaria de Saúde do município na Junta Reguladora, paciente será encaminhado para continuidade dos atendimentos nas Instituições conveniadas.

Responsabilidades:

- Preenchimento detalhado do relatório, contendo todas as informações necessárias..
- Diálogo com paciente sobre o encaminhamento para as Instituições conveniadas.
- Somente serão encaminhados via Junta Reguladora, pacientes que possuam quadro neurológico e respiratório que necessitem de acompanhamento de equipe Multiprofissional especializada.

REFERÊNCIAS:

- POÇOS DE CALDAS. *Prefeitura Municipal de Poços de Caldas*. Disponível em: <https://www.pocosdecaldas.mg.gov.br/>. Acesso em: 21 out. 2025.

Autor: Natália Evangelista da Silva, Rosimeire Rodrigues e Thiago Henrique de Souza

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 064	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Encaminhamento para Especialidades

Executante: Médico e Equipe Corporativa

Objetivo Geral: Permitir que os pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD) sejam encaminhados para médicos especialistas sempre que houver necessidade de avaliação ou acompanhamento especializado.

Resultado Esperado: Garantir que o paciente receba atendimento e tratamento adequados por profissional especialista, de acordo com sua condição clínica e necessidades assistenciais.

Preparação de material:

- Ficha de Referência e Contrarreferência.

Descrição do procedimento:

- 1) O paciente é atendido pela equipe do PMeC.
- 2) São realizadas as condutas previstas no Projeto Terapêutico Singular (PTS).
- 3) Quando houver necessidade de avaliação especializada, o médico responsável preenche a Ficha de Referência e Contrarreferência, contendo todas as informações clínicas pertinentes, e realiza o encaminhamento.
- 4) O pedido é encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde, onde será inserido no sistema de regulação e marcação de consultas (SISREG).
- 5) Após o agendamento da consulta especializada, a Equipe Corporativa retira as informações referentes ao agendamento junto à Secretaria Municipal de Saúde.
- 6) A Equipe Corporativa comunica ao paciente e/ou familiar os dados da consulta, incluindo local, data e horário.
- 7) O familiar deverá comparecer à sede do PMeC para retirar a documentação necessária para o atendimento especializado.

Responsabilidades:Médico Responsável

- Avaliar a necessidade de encaminhamento para atendimento especializado.
- Preencher de forma completa e detalhada a Ficha de Referência e Contrarreferência.
- Orientar o paciente e seus familiares sobre os motivos e objetivos do encaminhamento.

Equipe Corporativa

- Acompanhar o processo de agendamento junto à Secretaria Municipal de Saúde.
- Comunicar ao paciente e/ou familiar as informações referentes à consulta agendada.
- Disponibilizar a documentação necessária para o atendimento especializado.

Paciente e/ou Familiar

- Comparecer à sede do PMeC para retirada da documentação necessária.
- Providenciar transporte para o deslocamento até o local da consulta.
- Nos casos de pacientes acamados ou com mobilidade reduzida, solicitar e organizar o transporte adequado para o dia do atendimento especializado.

REFERÊNCIAS:

- POÇOS DE CALDAS. *Prefeitura Municipal de Poços de Caldas*. Disponível em: <https://www.pocosdecaldas.mg.gov.br/>. Acesso em: 21 out. 2025.

Autor: Natália Evangelista da Silva, Rosimeire Rodrigues e Thiago Henrique de Souza

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 065	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Solicitação de medicações e coberturas para curativo.

Executante: Médico e Técnico de Enfermagem

Objetivo Geral: Garantir o fornecimento das medicações e coberturas necessárias aos pacientes atendidos pelo Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD) e aos pacientes da rede municipal de saúde que recebem apoio assistencial da equipe.

Resultado Esperado: Assegurar a continuidade do tratamento dos pacientes por meio da disponibilização e administração dos itens prescritos pelos médicos do PMeC ou da rede de atenção à saúde.

Preparação de material:

- Lista atualizada de medicamentos e coberturas disponíveis no Almoxarifado da Farmácia da Rede SUS Municipal.
- Formulário de solicitação e controle.
- Folha de checagem e controle de administração de medicamentos.
- Sistema informatizado para lançamento e dispensação.

Indicações para uso: A dispensação de medicamentos deverá ocorrer exclusivamente mediante prescrição médica válida, emitida por profissional do PMeC ou da Rede Municipal de Saúde.

Fluxo de solicitação: Existem três modalidades de solicitação de medicamentos:

1. Solicitação via Rede Municipal de Saúde
 - a. O paciente é atendido pela equipe de enfermagem do PMeC em caráter de apoio assistencial.
 - b. A prescrição médica é encaminhada por e-mail, contendo a indicação do medicamento e demais orientações terapêuticas.
 - c. O médico do PMeC realiza a transcrição da prescrição em formulário próprio do serviço.
 - d. A documentação é anexada à folha de checagem e controle da equipe de

enfermagem.

e. A medicação é dispensada conforme disponibilidade e protocolos vigentes.

2. Solicitação via Acordo com Serviços de Urgência e Emergência (UPA, HMM, HZL e HSC)

a. O paciente é atendido pela equipe de enfermagem do PMeC em caráter de apoio assistencial.

b. A prescrição médica e o encaminhamento final são encaminhados via WhatsApp ou cópia física pelos serviços parceiros.

c. O médico do PMeC realiza a transcrição da prescrição em formulário próprio do serviço.

d. A documentação é anexada à folha de checagem e controle da equipe.

e. A medicação é dispensada conforme disponibilidade e protocolos vigentes.

3. Solicitação para Pacientes Admitidos no Programa

a. O médico responsável pelo paciente realiza a prescrição em formulário próprio do PMeC.

b. A solicitação é encaminhada para dispensação.

c. A medicação é disponibilizada ao paciente de acordo com a prescrição médica e disponibilidade em estoque.

Responsabilidades:

Médico

- Avaliar a necessidade clínica da medicação.
- Realizar a prescrição ou transcrição da medicação em formulário próprio do serviço.
- Garantir que as informações da prescrição estejam completas e legíveis.

Enfermagem e Técnico de Enfermagem

- Consultar a lista atualizada de medicamentos disponíveis na Rede SUS Municipal.
- Verificar a disponibilidade e a quantidade necessária para atendimento da prescrição.
- Preencher corretamente as folhas de checagem e controle de medicamentos.
- Realizar a dispensação e os registros correspondentes no sistema informatizado.
- Monitorar os níveis de estoque dos medicamentos utilizados.
- Solicitar reposição dos medicamentos sempre que necessário para manutenção do abastecimento.

Autor: Rosimeire Rodrigues

Anexo




Prefeitura Municipal de Poços de Caldas - Secretaria Municipal de Saúde

SAD - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

PRESCRIÇÃO



Nome:		D.Nasc.:	
End.:		Contatos tel.:	
		Data início:	

Medicação	Dia/ Horário da Medicação	Relatório




enfermagem

Prefeitura Municipal de Poços de Caldas - Secretaria Municipal de Saúde

SAD - SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM



NOME:		CONTATOS TEL.:	
END.:		D.NASC:	
		D.INICIO:	

PROCEDIMENTOS	Relatório

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 066	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Fluxo para solicitação de materiais.

Executante: Enfermagem e Técnico de Enfermagem

Objetivo Geral: Garantir o fornecimento adequado de materiais necessários para a execução das atividades assistenciais da equipe e para o atendimento das necessidades dos pacientes acompanhados pelo Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD).

Resultado Esperado: Manter estoque suficiente e organizado de materiais de consumo e assistência, assegurando a continuidade do cuidado e a disponibilidade dos insumos necessários para a realização dos procedimentos e tratamentos dos pacientes.

Preparação de material:

- Sistema de solicitação do Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde.
- Relação de materiais padronizados disponibilizados pela Rede Municipal de Saúde.
- Censo atualizado dos pacientes atendidos pelo programa.

Indicações para uso: Os materiais deverão ser solicitados e disponibilizados de acordo com as necessidades assistenciais da equipe e dos pacientes, considerando as condições clínicas, lesões, dispositivos em uso e procedimentos programados.

Fluxo de solicitação:

1. Realizar a contagem e conferência dos materiais disponíveis em estoque;
2. Consultar o censo atualizado dos pacientes para avaliar a necessidade de materiais;
3. Dimensionar a quantidade de insumos necessários considerando:
 - a. Número de pacientes atendidos;
 - b. Patologias apresentadas;
 - c. Presença de lesões e necessidade de curativos;
 - d. Dispositivos utilizados (sondas, ostomias, cateteres, entre outros);
 - e. Procedimentos assistenciais programados;

4. Acessar o sistema do Almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde;
5. Registrar a solicitação dos materiais necessários, informando as quantidades estimadas para o período;
6. Acompanhar a liberação e entrega dos materiais solicitados;
7. Receber, conferir e armazenar os materiais conforme as normas de organização e controle de estoque;

Responsabilidades:

- Verificar se a quantidade de material entregue corresponde à quantidade solicitada.
- Realizar a separação dos kits conforme POP de referência.
- Armazenar adequadamente em estoque os materiais remanescentes.
- Verificar periodicamente a validade dos itens disponíveis.

Autor: Rosimeire Rodrigues

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 067	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Fluxo para entrega de KIT material.

Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem

Objetivo Geral: Fornecer os materiais necessários para os pacientes acompanhados pelo PMeC.

Resultado Esperado: Facilitar os cuidados dos pacientes admitidos no programa por meio da disponibilização de materiais destinados ao cuidado do paciente, como a administração de dieta enteral, realização de curativos e aspiração de vias aéreas superiores.

Preparação de material:

- Saco plástico;
- Frascos para dieta;
- Equipos para dieta;
- Esparadrapo;
- Seringa de 20 mL;
- Seringa de 5 mL;
- Sonda de aspiração nº 12;
- Sonda de aspiração nº 8;
- Fixador de traqueostomia;
- Luva estéril individual;
- Saco para lixo infectante;
- Micropore;
- Atadura;
- Luva de procedimento;
- Gaze estéril.

Indicações para uso: O kit de materiais será disponibilizado mensalmente, de acordo com a patologia e a disponibilidade dos materiais fornecidos pelo setor responsável.

Fluxo de solicitação:

1. O enfermeiro responsável avalia a necessidade de materiais do paciente.
2. É definida a composição do kit conforme a patologia, dispositivos em uso e procedimentos realizados.
3. O enfermeiro solicita a montagem do kit de acordo com a tabela de referência em anexo.
4. O técnico de enfermagem realiza a separação dos materiais conforme solicitado.
5. O kit é conferido antes da entrega.
6. O material é disponibilizado ao paciente e/ou familiar responsável.

Condição de uso	Quantidade	Material
SNE	12	Frascos
	12	Equipos
	30	Seringas (adulto 20ml/criança 5ml)
	01	Espadrapo
Aspiração	120 (avaliar a necessidade)	Sondas (adulto nº12/criança nº 8)
	130 (avaliar a necessidade)	Luva estéril
Curativo	04	Saco de Lixo branco
	Avaliar caso tenha	Micropore
	Avaliar caso tenha	Faixa (somente para curativo)
	Avaliar caso tenha	Luva
	Avaliar caso necessidade	Gaze (somente para curativo)

Responsabilidades:

- Avaliar a necessidade individual de materiais para cada paciente.
- Solicitar a montagem do kit conforme critérios assistenciais estabelecidos.
- Realizar a separação correta dos materiais de acordo com a solicitação.
- Conferir os itens antes da entrega.
- Garantir que o paciente receba o kit correspondente às suas necessidades.
- Orientar o paciente e/ou familiar quanto à utilização adequada dos materiais, quando necessário.

Autor: Rosimeire Rodrigues

Revisado por: Claudia Regina Lourenço, Márcio Antônio Lisboa e Neusa Ap. de Oliveira

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 068	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Estabelecer fluxo de esterilização de instrumentais e desinfecção de material respiratório do PMeC;

Executante: Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

Objetivo Geral: Garantir a eficácia dos processos de esterilização e desinfecção dos materiais utilizados pelo PMeC, proporcionando segurança e benefícios aos pacientes assistidos.

Resultado Esperado: Realizar um trabalho de excelência nos processos relacionados aos produtos para saúde, otimizando a logística utilizada, favorecendo um fluxo organizado e garantindo a segurança dos pacientes.

Evitar: Que o processo de trabalho seja realizado de forma ineficaz, ocasionando riscos ou danos aos pacientes assistidos pela equipe.

Preparação de material:

- Organização dos materiais que necessitam de esterilização ou desinfecção;
- Preenchimento da folha de controle dos materiais encaminhados para processamento, contendo informações para entrega e retirada.

Descrição do procedimento:

1. Atualmente, os materiais são processados na UPA, Hospital Margarita Morales e no Hospital Gilberto de Matos (HZL), todos localizados no município de Poços de Caldas.
2. Após alta ou óbito domiciliar, o profissional responsável pelo empréstimo entrará em contato com os familiares para solicitar a devolução dos equipamentos e materiais utilizados durante o acompanhamento do paciente.
3. Ao receber os materiais na sede do PMeC/SAD, estes deverão ser encaminhados imediatamente à Central de Material e Esterilização (CME) onde são processados os materiais.
4. O profissional responsável realizará a separação e quantificação dos materiais que serão encaminhados para processamento.
5. Utilizando a lista específica de controle, os materiais deverão ser numerados e registrados para rastreabilidade.
6. Os materiais deverão ser acondicionados adequadamente em caixa destinada ao transporte.
7. Os materiais respiratórios serão encaminhados para esterilização/desinfecção na UPA.
8. Os materiais cirúrgicos, gases, campos e demais utensílios serão encaminhados para processamento no Hospital Gilberto de Matos (HZL).
9. Após a realização do procedimento, os materiais deverão ser retirados na unidade processadora e devolvidos à sede do PMeC/SAD.
10. Na sede, os materiais deverão ser conferidos e armazenados em armário apropriado para posterior utilização.

Responsabilidades:

- Todo material destinado à esterilização deverá ser embalado em local apropriado, preferencialmente na sala da CME.
- A realização do teste biológico semanal da autoclave, para comprovação da eficácia do processo de esterilização, é de responsabilidade dos locais da esterilização.
- Os profissionais responsáveis pela separação, quantificação e encaminhamento dos materiais deverão responsabilizar-se também pela retirada dos mesmos após o processamento.
- Os fisioterapeutas do PMeC deverão conferir, organizar e armazenar adequadamente os materiais respiratórios encaminhados para esterilização ou desinfecção após seu retorno ao serviço.

REFERÊNCIAS:

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (APECIH). Limpeza, Desinfecção e Esterilização de artigos em Serviços de Saúde, 1. ed. São Paulo: APECIH; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 2, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da União: edição 16, 25 de janeiro de 2010, seção 1- pág. 79. Brasília, DF. 2010. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC Nº 15, de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2012.

Autor: Emilene Moras Pinheiro, Neusa Ap. de Oliveira, Luciana Santos Félix e Geane Oliveira da Silva

Revisado por: Claudia Regina Lourenço, Márcio Antônio Lisboa e Neusa Ap. de Oliveira

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 069	Data da Elaboração:
--	-------------	---------------------

Tarefa: Atuação dos Motoristas

Executante: Motorista

Objetivo Geral: Estabelecer normas e diretrizes a serem seguidas pelos motoristas do PMeC durante a execução de suas atividades.

Resultado Esperado: Garantir a execução adequada do trabalho, bem como a conservação dos veículos utilizados pelo serviço, mantendo-os limpos, organizados, abastecidos e em condições adequadas para o atendimento das demandas diárias.

Preparação de material:

- Veículo;
- Planilha de quilometragem;
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH);
- Contato telefônico;
- Documento do veículo.

Descrição do procedimento:

- O profissional deverá apresentar-se pontualmente às 7h00 na sede do PMeC.
- Verificar as condições gerais do veículo antes do início das atividades.
- Realizar a higienização interna do veículo, quando necessário.
- Verificar o nível de combustível disponível.
- Registrar as informações pertinentes na planilha de quilometragem, quando aplicável.
- Conduzir os profissionais conforme a rota e as demandas definidas pela equipe.
- Permanecer à disposição para atendimento das demandas do serviço durante todo o período de plantão.
- Executar os deslocamentos necessários até o encerramento do plantão, às 19h00.

Responsabilidades:

- Zelar pela segurança e pelo bem-estar de todos os ocupantes do veículo.
- Manter o veículo limpo, organizado e em condições adequadas de uso para o plantão seguinte.
- Permanecer à disposição na sede do PMeC durante as 12 horas de trabalho, exceto no período destinado ao almoço.
- Garantir que o veículo permaneça abastecido ao término do plantão, possibilitando a continuidade das atividades pela equipe subsequente.
- Informar à coordenação do PMeC sempre que houver necessidade de abastecimento, para que seja providenciado o respectivo requerimento.
- Comunicar imediatamente à coordenação qualquer defeito, dano ou irregularidade identificada no veículo.
- Cumprir as normas de trânsito vigentes e conduzir o veículo de forma segura e responsável.
- Manter a habilitação atualizada;

REFERÊNCIAS:

- POÇOS DE CALDAS. *Prefeitura Municipal de Poços de Caldas*. Disponível em: <https://www.pocosdecaldas.mg.gov.br/>. Acesso em: 21 out. 2025.

Autor: Morgana Cristina Batista e Natália Evangelista da Silva

Procedimento Operacional Padrão POP	Código: 070	Data da Elaboração: 31/07/2026
--	-------------	-----------------------------------

Tarefa: Pesquisa de Satisfação do serviço prestado pela equipe do PMeC/SAD

Executante: Toda equipe

Objetivo Geral: Avaliar o grau de satisfação dos usuários e/ou cuidadores em relação aos serviços prestados pelo Programa Melhor em Casa (PMeC/SAD), com o intuito de identificar pontos fortes, fragilidades e oportunidades de melhoria, visando qualificar a assistência domiciliar e aprimorar a continuidade do cuidado.

Resultado Esperado: Obter indicadores confiáveis sobre o nível de satisfação dos usuários e cuidadores atendidos pelo Programa Melhor em Casa, possibilitando a identificação de aspectos positivos e fragilidades do serviço, subsidiando a tomada de decisão da gestão e a implementação de ações de melhoria contínua, com foco na qualificação da assistência domiciliar, fortalecimento do vínculo com a equipe e aumento da resolutividade do cuidado.

Preparação de material:

Formulário de pesquisa de satisfação impresso: Prancheta e caneta (em anexo)

Formulário de pesquisa de satisfação: dispositivo eletrônico e acesso ao link:
<https://forms.gle/TmCkHL3F1emBsnMj8>

Planilha para tabulação dos dados (Excel ou sistema informatizado)

Descrição do Procedimento:

1) Periodicidade

A pesquisa deverá ser aplicada:

- Na referência de cuidado do paciente do serviço
- Ou a cada 6 meses para pacientes em acompanhamento prolongado

Aplicação da Pesquisa

1. O profissional responsável deverá explicar ao paciente/cuidador o objetivo da pesquisa.
2. Garantir o caráter voluntário, sigiloso e sem prejuízo no atendimento.
3. A pesquisa poderá ser:
 - Aplicada de forma presencial ou via formulário digital
4. Em caso de pacientes impossibilitados, o cuidador deverá responder.

2) Instrumento de Avaliação: em anexo

A pesquisa deve contemplar, no mínimo, os seguintes aspectos:

- Acolhimento da equipe
- Clareza das orientações prestadas
- Pontualidade e frequência das visitas
- Resolução das demandas
- Humanização do atendimento
- Satisfação geral com o serviço

O espaço para sugestões e críticas deve ser incluído.

3) Coleta e Registro

- Os dados devem ser registrados imediatamente após a aplicação.
- Formulários físicos devem ser arquivados em local seguro.
- Dados digitais devem ser armazenados em sistema protegido.

Análise dos Dados

- A análise deverá ser realizada mensalmente ou trimestralmente.
- Os resultados devem ser organizados em indicadores, como:

- Percentual de satisfação geral
- Principais elogios
- Principais reclamações

Devolutiva e Melhoria

- Os resultados devem ser apresentados à equipe em reunião periódica.
- Devem subsidiar:
 - Planejamento de ações corretivas
 - Educação permanente da equipe
 - Melhoria dos processos assistenciais

Responsabilidades

a) Coordenação do PMeC/SAD

- Garantir a implantação e o cumprimento deste POP;
- Capacitação para todos os profissionais aplicarem o instrumento;
- Monitorar os indicadores de satisfação;
- Promover reuniões periódicas para discussão dos resultados;
- Propor e acompanhar a implementação de ações de melhoria.

b) Equipe Multiprofissional

- Apoiar na divulgação e incentivo à participação dos pacientes/cuidadores;
- Identificar o momento adequado para aplicação da pesquisa;
- Colaborar com a melhoria dos processos a partir dos resultados obtidos;
- Participar das reuniões de avaliação e planejamento.

c) Paciente e/ou Cuidador

- Participar voluntariamente da pesquisa;
- Fornecer informações fidedignas sobre o atendimento recebido;
- Contribuir com sugestões e apontamentos para melhoria do serviço.

REFERÊNCIAS:

- Ministério da Saúde – Programa Melhor em Casa
- Política Nacional de Atenção Domiciliar
- Diretrizes de Humanização do SUS

Autor: Morgana Cristina Batista



Anexo - Pesquisa de Satisfação



Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Saúde
Programa SAD – Serviço de Atenção Domiciliar



Anexo G- PESQUISA DE SATISFAÇÃO PROGRAMA MELHOR EM CASA DE POÇOS DE CALDAS

1. Identificação (opcional)

- Nome: _____
- Paciente ou cuidador: () Paciente () Cuidador
- Tempo em acompanhamento pelo programa:
() < 1 mês () 1–3 meses () > 3 meses

2. Avaliação geral (escala de 1 a 5)

(1 = muito insatisfeito | 5 = muito satisfeito)

- Como você avalia o atendimento do Programa Melhor em Casa? _____
- Você recomendaria o programa para outras pessoas? _____

3. Atendimento da equipe

- A equipe demonstra respeito e atenção? _____
- As orientações são claras e compreensíveis? _____
- A equipe responde suas dúvidas? _____
- O tempo de atendimento é adequado? _____

4. Organização do serviço

- As visitas são realizadas conforme programado? _____
- Você consegue contato com a equipe quando precisa? _____
- Você achou que o teleatendimento agregou aos atendimentos e contribuiu para maior resolutividade e agilidade? _____

Secretaria Municipal de Saúde – Departamento de Programas de Saúde – Poços de Caldas – MG
Rua Pernambuco, 495 2º andar – Centro Fone (35) 9.8871-7757



Prefeitura Municipal de Poços de Caldas
Secretaria Municipal de Saúde
Programa SAD – Serviço de Atenção Domiciliar



5. Cuidado no domicílio

- Você se sente seguro com o cuidado em casa? _____
- Recebeu orientações suficientes para cuidar do paciente? _____
- Os materiais/equipamentos são adequados?

6. Impacto do programa

- O programa ajudou a evitar internações? _____
- Houve melhora na qualidade de vida do paciente? _____
- O cuidado domiciliar atendeu suas expectativas? _____

7. Perguntas abertas

- O que você mais gosta no atendimento?

- O que precisa melhorar?

- Deseja deixar alguma sugestão?

- Deseja deixar alguma crítica?

