PROTOCOLO ASSISTENCIAL HIPODERMÓCLISE SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE HIPODERMÓCLISE

Serviço de Atenção Domiciliar

Indicação, punção, administração, monitoramento, registro, logística reversa e segurança medicamentosa

2026

CONTRACAPA | FICHA TÉCNICA

Documento técnico institucional elaborado para orientar a implementação, execução, monitoramento e registro da hipodermóclise no Serviço de Atenção Domiciliar.

Campo	Descrição
Unidade/serviço	Serviço de Atenção Domiciliar - SAD
Tipo de documento	Protocolo assistencial / procedimento operacional
Público-alvo	Equipe médica, enfermagem, farmácia, gestão clínica e profissionais da atenção domiciliar
Versão sugerida	1.0
Data de elaboração	15/05/2026
Status	Minuta técnica para validação pela coordenação do SAD, responsável médico, enfermagem e farmácia
Revisão recomendada	A cada 12 meses ou antes, diante de atualização de evidência, padronização municipal ou evento adverso relevante

Composição técnica sugerida

Função	Responsabilidade no documento
Coordenação do SAD	Validação institucional, implementação, acompanhamento dos indicadores e atualização do protocolo.
Responsável médico	Validação clínica das indicações, contraindicações, prescrição, critérios de suspensão e encaminhamento.
Enfermagem	Validação da técnica de punção, monitoramento, registro assistencial, treinamento e supervisão prática.
Farmácia/apoio técnico	Validação de compatibilidade, diluições, armazenamento, medicamentos de alta vigilância, saldo, devolução e descarte.
Gestão do serviço	Apoio à governança local, fluxos de rede, logística reversa e padronização assistencial.

Controle de uso

- Uso institucional no âmbito do SAD, após validação pelos responsáveis locais.
- Aplicação condicionada à prescrição individualizada, capacitação da equipe e disponibilidade de insumos.
- Revisão recomendada a cada 12 meses ou antes, diante de atualização técnica, evento adverso relevante ou alteração de fluxo municipal.

SUMÁRIO

Clique com o botão direito e selecione Atualizar Campo para gerar o sumário.

Observação: o sumário foi configurado como campo automático do Word. Ao abrir o arquivo, atualize os campos para recalcular títulos e páginas, se necessário.

1. Finalidade

Padronizar a indicação, implementação, administração de fluidos e medicamentos, monitoramento e registro da hipodermóclise no SAD, com foco em segurança do paciente, continuidade do cuidado domiciliar, conforto e redução de internações evitáveis.[1,2,5]

2. Abrangência

- Pacientes acompanhados pelo SAD, especialmente nas modalidades AD2 e AD3, com necessidade de hidratação lenta e/ou administração de medicamentos compatíveis por via subcutânea.[1,2,5]
- Atendimentos domiciliares, avaliações de admissão, reavaliações clínicas, visitas programadas e situações de piora clínica manejáveis no domicílio.[1,2]
- Não substitui avaliação médica em situações de urgência, instabilidade hemodinâmica, choque, desidratação grave ou necessidade de expansão volêmica rápida.[3,5,8]

3. Definições

Termo	Definição operacional
Hipodermóclise	Técnica de uso da via subcutânea para infusão contínua de soluções em volumes maiores, como alternativa à via intravenosa quando não há necessidade de reposição rápida.[4,5,7,8,9,10]
Via subcutânea	Via alternativa para pacientes com limitação da via oral, rede venosa difícil ou objetivo terapêutico de conforto, desde que o medicamento e o volume sejam compatíveis.[5,12,13]
Uso off-label	Uso de medicamento/solução por via subcutânea sem indicação expressa em bula, admitido apenas com respaldo técnico, prescrição individualizada e registro do risco-benefício.[5,7,22,26]
IAEC-AD	Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar, usado como apoio à classificação AD1, AD2 e AD3 e à tomada de decisão clínica.[1,2]

4. Indicações

A indicação da hipodermóclise deve ser individualizada e considerar necessidade clínica, estabilidade hemodinâmica, objetivo terapêutico, compatibilidade da solução ou medicamento, condição da pele e possibilidade real de acompanhamento domiciliar pelo SAD.[1,2,5,7,8,12,13]

Indicações clínicas principais

- Hidratação lenta em pacientes com desidratação leve a moderada, manutenção hídrica ou baixa ingestão oral, desde que não haja necessidade de reposição volêmica rápida.[5,8,9,14,15,17]

- Administração de medicamentos compatíveis por via subcutânea quando a via oral estiver limitada por disfagia, odinofagia, náuseas/vômitos persistentes, obstrução gastrointestinal parcial, sonolência ou rebaixamento do nível de consciência.[5,7,12,13,18,22]
- Dificuldade de acesso venoso periférico, rede venosa fragilizada, múltiplas tentativas de punção ou necessidade de evitar punções venosas repetidas.[5,9,10,12,13]
- Cuidados paliativos ou fim de vida, especialmente para controle de dor, náuseas/vômitos, agitação, secreções respiratórias, dispneia e sedação paliativa quando indicada.[3,5,19,20,21,22,27]
- Pacientes idosos, frágeis, acamados ou com doença avançada nos quais a técnica favoreça conforto, continuidade do cuidado e manejo domiciliar seguro.[1,2,5,11,16,18]
- Situações em que a via subcutânea possa reduzir deslocamentos evitáveis para urgência ou internação, desde que o quadro seja manejável no domicílio e haja plano de monitoramento.[1,2,12,13,16]

5. Contraindicações principais

- Choque hipovolêmico ou choque séptico.[3,5]
- Desidratação grave ou necessidade de reposição volêmica rápida.[5,8,9]
- Instabilidade hemodinâmica, rebaixamento com risco iminente sem plano de manejo domiciliar seguro ou necessidade de drogas vasoativas.[3,5]
- Risco elevado de sobrecarga hídrica, insuficiência cardíaca descompensada, edema periférico importante, ascite volumosa ou insuficiência renal/hepática grave sem plano de monitoramento adequado.
- Necessidade de titulação precisa de fluidos, necessidade de volume superior a 3 litros por dia, hipernatremia importante, hiperosmolaridade, anasarca ou edema pulmonar.
- Distúrbio de coagulação importante, sangramento ativo ou risco aumentado de sangramento no sítio de punção.
- Trombocitopenia grave ou hipoalbuminemia importante sem avaliação médica individualizada.
- Medicamento, diluição, concentração, pH/osmolaridade ou volume incompatível com via subcutânea.[5,7,22,25,26]
- Infecção, edema importante, lesão extensa, dermatite intensa, sangramento ou dor importante no local de punção.
- Recusa do paciente ou representante após orientação sobre finalidade, benefícios esperados, limites e riscos.
- Ausência de prescrição válida, ausência de equipe capacitada ou impossibilidade de monitoramento proporcional ao risco.

6. Responsabilidades

Profissional/área	Responsabilidades mínimas
Médico(a)	Indicar a via, confirmar elegibilidade e contraindicações, prescrever medicamento/solução, dose, diluição, velocidade, tempo de uso e critérios de suspensão ou encaminhamento.

Enfermeiro(a)	Avaliar local de punção, realizar ou supervisionar punção conforme normativas locais, orientar cuidador, monitorar complicações, registrar procedimento e acionar médico diante de intercorrências.
Técnico(a) de enfermagem	Administrar conforme prescrição e habilitação institucional, observar sítio de punção, registrar volume/medicação e comunicar alterações imediatamente ao enfermeiro.
Farmácia/apoio técnico	Apoiar padronização de medicamentos, diluentes, compatibilidades, estabilidade, armazenamento domiciliar e revisão de prescrições com risco de incompatibilidade.
Cuidador/família	Observar sinais de alerta, proteger o curativo/dispositivo e comunicar a equipe. Não deve alterar velocidade, medicação ou conexão sem orientação da equipe.
Coordenação do SAD	Garantir treinamento, disponibilidade de insumos, rastreabilidade de eventos adversos, auditoria de registros e atualização anual do protocolo.

O POP de hipodermóclise consultado define como público-alvo os profissionais de medicina para prescrição e os profissionais de enfermagem para execução, conforme habilitação e normativas institucionais.[6]

7. Fluxo assistencial

1. Triagem: identificar necessidade de hidratação, medicação subcutânea ou controle de sintomas no domicílio.[1,5]
2. Elegibilidade: aplicar critérios clínicos e IAEC-AD; confirmar AD2/AD3 quando aplicável.[1,2]
3. Segurança: excluir choque, desidratação grave, instabilidade, drogas vasoativas, incompatibilidade medicamentosa e impossibilidade de monitoramento.[3,5,7,8]
4. Prescrição: registrar medicamento/solução, concentração, diluente, volume, velocidade, via, frequência, sítio preferencial e duração prevista.
5. Punção: selecionar sítio, higienizar, inserir cateter, fixar, identificar data/hora e orientar paciente/cuidador.[4,5]
6. Administração e monitoramento: iniciar conforme prescrição, avaliar dor, edema, hiperemia, extravasamento, endurecimento, sangramento, resposta clínica e balanço hídrico quando indicado.[5,7,8]
7. Reavaliação: manter, ajustar, trocar sítio, suspender ou encaminhar para urgência conforme resposta e sinais de alerta.

8. Seleção do sítio de punção

Sítio	**Uso preferencial**	**Volume máximo de referência em 24h**
Região abdominal	Hidratação e infusões com maior volume, se pele íntegra.	Até 1000 mL/24h por sítio.

Face anterolateral da coxa	Hidratação e infusão em paciente acamado, com boa perfusão local.	Até 1500 mL/24h por sítio.
Região interescapular	Pacientes confusos/agitados ou com risco de manipular o acesso.	Até 1000 mL/24h por sítio.
Região deltoidea	Pequenos volumes e medicação intermitente.	Até 250 mL/24h por sítio.
Região subclavicular/anterior do tórax	Pequenos volumes quando demais áreas não forem adequadas.	Até 250 mL/24h por sítio.

Preferir local com maior tecido adiposo, conforto e melhor mobilidade para o paciente; espessura subcutânea mínima de 1 a 2,5 cm é desejável. Evitar áreas com infecção, edema importante, lesão, proeminência óssea, radiodermite, sangramento, dor intensa, cicatriz recente, membro com linfedema, dissecção linfonodal, mastectomia próxima, estoma ou perfusão local prejudicada. A região torácica/intercostal deve ser evitada em pacientes com caquexia pelo risco de punção profunda e pneumotórax. Em síndrome de veia cava superior, evitar tórax e membros superiores; em ascite, evitar abdome.[4,5,7,8]

9. Técnica resumida de punção

A técnica deve seguir o POP do Anexo C. No corpo do protocolo, ficam apenas as etapas essenciais para orientar a sequência assistencial e evitar repetição do procedimento completo.[4,5,7]

1. Confirmar identificação do paciente, prescrição, alergias, indicação, contraindicações e orientação ao paciente/cuidador.
2. Higienizar as mãos, preparar material e selecionar sítio com pele íntegra, tecido subcutâneo preservado e menor risco de tração/manipulação.
3. Realizar antissepsia, aguardar secagem, fazer prega cutânea e introduzir o cateter em ângulo compatível com a espessura do tecido subcutâneo.
4. Aspirar suavemente para verificar ausência de retorno sanguíneo. Se houver retorno, retirar e repetir a punção em outro sítio.
5. Administrar cerca de 3-5 mL de SF 0,9% quando previsto na prescrição ou rotina local, observando dor, resistência e extravasamento.
6. Conectar extensor/equipo quando indicado, fixar sem tração, cobrir com curativo transparente, identificar o acesso e iniciar a infusão conforme prescrição.
7. Observar o local nos primeiros minutos, orientar sinais de alerta ao cuidador e registrar o procedimento.

10. Administração de medicamentos e soluções

- Administrar somente medicamentos e soluções prescritos e reconhecidos como compatíveis com via subcutânea pela padronização institucional.[5,7,22,25,26]
- Preferir diluições em SF 0,9% ou água para injetáveis conforme estabilidade e compatibilidade do fármaco.[4,5,7,22,23]

- Volumes e velocidades devem respeitar sítio, tolerância local, objetivo terapêutico e condição clínica; a técnica não é indicada para expansão volêmica rápida.[5,7,8,9,14,15]
- Para hidratação, avaliar balanço, edema, dispneia, congestão, diurese, sede, mucosas, conforto e meta terapêutica.[3,5,14,15,17,18]
- Usar o Manual farmacológico (Anexo D) e o Anexo E para dose, diluição, tempo de infusão, compatibilidade, via exclusiva e necessidade de validação farmacêutica.

Certos da administração de medicamentos

Antes da administração por hipodermóclise, a equipe deve realizar uma checagem única e documentada dos certos da medicação, como barreira de segurança para evitar erro de paciente, fármaco, dose, via, horário, preparo, orientação, registro e monitoramento.[35,36]

Certo	**Aplicação no SAD**
Paciente certo	Confirmar dois identificadores, vínculo ao prontuário e correspondência com prescrição/roteiro de visita; quando necessário, confirmar com familiar/cuidador.
Medicamento certo	Conferir nome padronizado, apresentação, validade, lote, integridade, aspecto da solução, rótulo e alergias registradas.
Dose certa	Conferir dose prescrita, concentração disponível, cálculo, volume final, unidade de medida e ajustes clínicos definidos pelo prescritor.
Via certa	Confirmar via subcutânea, sítio indicado, necessidade de via exclusiva e compatibilidade com o dispositivo.
Hora certa	Administrar no horário prescrito, registrando atrasos, omissões, suspensão ou intercorrências.
Preparo/diluição certa	Preparar próximo ao momento de administração, com diluente, volume, técnica asséptica, estabilidade e tempo de infusão definidos.
Registro certo	Registrar medicamento, dose, diluição, volume, velocidade, horário, sítio, profissional, adiamentos, recusas e eventos adversos.
Orientação e resposta certas	Orientar paciente/cuidador e monitorar efeito terapêutico, eventos adversos e sinais locais após a administração.
Item de prescrição	**Padrão mínimo esperado**
Finalidade	Hidratação lenta, controle de sintoma, analgesia, antiemético, sedação paliativa ou outro objetivo explicitado.
Solução/medicamento	Nome, dose, concentração, diluente, volume final, via SC, frequência ou tempo de infusão.
Velocidade	Expressar em mL/h, gotas/min ou tempo total; hidratação usualmente lenta, com referência institucional de cerca de 60 mL/h quando aplicável.
Volume	Respeitar tolerância clínica e sítio; em geral 1000 a 1500 mL/24h por sítio de maior capacidade, com avaliação individual.

Compatibilidade	Confirmar se pode compartilhar o mesmo sítio; quando incompatível, usar via exclusiva ou sítio separado.
Reavaliação	Definir meta, prazo de revisão e critérios de manter, ajustar, suspender ou encaminhar.

A lista de medicamentos compatíveis deve ficar em manual farmacêutico separado, validado pela farmácia e pelo responsável médico. Na ausência dessa matriz local, usar somente medicamentos com respaldo bibliográfico, prescrição individualizada e avaliação risco-benefício documentada.[5,7,22,25,26]

11. Monitoramento e sinais de alerta

Momento	O que avaliar	Conduta esperada
Antes da punção	Indicação, contraindicações, pele, dor, edema, perfusão, prescrição e suporte domiciliar.	Prosseguir apenas se todos os critérios mínimos estiverem atendidos.
Primeira hora	Dor, ardor, edema rápido, vazamento, sangramento, resistência ao fluxo, desconforto ou sinais de sobrecarga.	Revisar em até 30 minutos e ao final da primeira hora quando houver maior risco; reduzir velocidade, trocar sítio ou suspender conforme gravidade.
Primeiras 4 horas	Sinais de irritação local, sinais flogísticos, edema, calor, rubor, dor, endurecimento, hematoma e extravasamento.	Monitorar com maior atenção, principalmente em nova punção, novo medicamento ou aumento de velocidade/volume.
A cada visita/turno definido	Sinais locais, resposta clínica, volume administrado, sintomas, aceitação do cuidador e eventos adversos.	Registrar evolução; ajustar plano com médico/enfermeiro quando necessário.
Reavaliação diária quando em hidratação	Meta terapêutica, necessidade de continuidade, balanço hídrico, edema, secreções respiratórias, dispneia e conforto.	Manter apenas se houver benefício provável ou observado; documentar decisão.
Intercorrência	Hiperemia intensa, endurecimento, secreção, febre, necrose, piora clínica, dispneia, rebaixamento ou sinais de choque.	Suspender infusão no sítio, comunicar equipe responsável e avaliar encaminhamento urgente.

Complicações e cuidados principais

Complicação	Possíveis causas/sinais	Cuidados principais
Processo inflamatório, celulite ou infecção local	Limpeza insatisfatória, contaminação, febre, dor, inflamação, calor, rubor, drenagem de secreção ou baixa resistência do paciente.	Interromper a infusão no sítio, trocar local/dispositivo, realizar curativo, acompanhar diariamente quando indicado e solicitar avaliação médica para antibiótico sistêmico ou local quando necessário.
Hematoma	Transfixação de vaso sanguíneo, sangramento para tecido subcutâneo, descoloração e tumefação ao redor da punção.	Suspender uso do sítio, realizar compressa morna local por cerca de 20 minutos, 2 a 3 vezes ao dia,

		elevar membro quando aplicável e reavaliar.
Abaulamento, edema ou extravasamento	Acúmulo de líquido por infusão rápida, volume excessivo, velocidade maior que a tolerada ou tecido pouco expansível.	Reduzir gotejamento, massagear suavemente se apropriado, trocar sítio ou suspender infusão conforme gravidade.
Indução	Tecido endurecido por saturação do sítio ou irritação local progressiva.	Reduzir ou suspender infusão no sítio, trocar local e reavaliar compatibilidade, volume e velocidade.
Cefaleia ou ansiedade	Desconforto relacionado ao acesso contínuo, angústia ou intolerância ao procedimento.	Acolher, explicar a causa provável, ajustar plano e comunicar médico se não houver tolerância ou se outra via for necessária.
Necrose tecidual	Substância irritante, pH extremo, incompatibilidade ou irritação local progressiva.	Suspender imediatamente, verificar compatibilidade da medicação com via subcutânea, avaliar lesão e acionar equipe médica/enfermagem.
Sobrecarga cardíaca	Volume ou velocidade acima da tolerância, especialmente em pacientes vulneráveis; taquicardia, turgência jugular, hipertensão, tosse ou dispneia.	Diminuir gotejamento ou suspender infusão e acionar avaliação médica conforme gravidade.
Toxicidade medicamentosa	Absorção atrasada com risco de acúmulo/superdosagem, por exemplo sedação excessiva em fármacos do sistema nervoso central.	Suspender ou pausar administração conforme gravidade, avaliar sinais vitais e nível de consciência, comunicar médico e revisar dose/intervalo.
Reação alérgica sistêmica	Prurido, manchas, urticária, hipotensão, broncoespasmo ou outros sinais de reação generalizada.	Suspender imediatamente, acionar atendimento médico/urgência conforme gravidade e registrar evento adverso.

12. Troca, suspensão e encaminhamento

- Trocar sítio/dispositivo diante de dor persistente, hiperemia importante, endurecimento, extravasamento, edema progressivo, obstrução, suspeita de infecção ou fim do tempo de permanência definido pela instituição.[5,7,8]
- Realizar rodízio programado do sítio, em geral a cada 5 dias, ou antes diante de intercorrência, respeitando distância mínima de 5 cm da punção anterior.[5]
- Suspender a hipodermóclise quando a indicação deixar de existir, houver intolerância local relevante, incompatibilidade medicamentosa, piora clínica não manejável no domicílio ou solicitação fundamentada do paciente/família após orientação.[3,5,12]
- Encaminhar para urgência quando houver choque, desidratação grave, instabilidade hemodinâmica, necessidade de droga vasoativa, desconforto respiratório importante, alteração neurológica aguda ou evento adverso grave.[3,5]

13. Registro obrigatório no prontuário

- Indicação clínica e critérios de elegibilidade, incluindo relação com IAEC-AD/AD2/AD3 quando aplicável.
- Contraindicações avaliadas e ausentes.
- Consentimento/orientação do paciente ou cuidador, incluindo objetivo do uso, limites esperados e sinais de alerta.
- Sítio de punção, lado/região, calibre do cateter, número de tentativas, data/hora, profissional responsável e tipo de cobertura.
- Prescrição administrada: medicamento/solução, dose, diluição, volume, velocidade, horário de início/término e volume total.
- Orientações ao paciente/cuidador e sinais de alerta informados.
- Avaliação do local e resposta clínica em cada visita/contato.
- Intercorrências, condutas adotadas, comunicação à equipe e necessidade de troca/suspensão/encaminhamento.

14. Logística reversa domiciliar e descarte

A orientação ao cuidador deve incluir armazenamento seguro, descarte imediato de perfurocortantes em recipiente adequado e devolução organizada de sobras, medicamentos vencidos ou resíduos gerados no domicílio. O fluxo geográfico completo está no Anexo G.[31,32,33]

Etapa	Conduta operacional
Medicamentos	Sobras, itens suspensos, vencidos ou com armazenamento duvidoso retornam à farmácia por meio do SAD, com registro de quantidade, condição e motivo.
Insumos	Insumos limpos, íntegros e não utilizados retornam ao almoxarifado por meio do SAD, conforme condição de reaproveitamento definida pelo serviço.
Resíduos de serviços de saúde	Perfurocortantes e resíduos assistenciais retornam ao SAD e seguem para o hospital/ponto definido para resíduos de serviços de saúde, sem descarte em lixo comum, pia, ralo, vaso sanitário ou rede de esgoto.

15. Capacitação e implementação

A implementação do protocolo deve iniciar com capacitação progressiva da equipe, combinando conteúdo teórico, prática supervisionada e acompanhamento dos primeiros casos.

Componente	Definição operacional
Objetivo inicial	Capacitar os primeiros 3 profissionais enfermeiros que realizarão ou supervisionarão a punção de hipodermóclise no SAD/UBS.
Seleção	O enfermeiro responsável seleciona os profissionais iniciais, considerando vínculo com o serviço, disponibilidade para multiplicação e segurança técnica.

Local	Sala de reunião da UBS ou outro espaço institucional com condições para exposição teórica e prática simulada.
Responsável	Rodízio entre enfermeiros capacitados, com apoio da coordenação, médico responsável e farmácia quando o tema envolver medicamentos e compatibilidade.
Frequência	Treinamento mensal durante a implementação ou até atingir cobertura mínima definida pela coordenação; depois, reciclagem periódica e treinamento de novos profissionais.
Conteúdo teórico	Indicações, contraindicações, IAEC-AD, prescrição segura, medicamentos de alta vigilância, sítios de punção, monitoramento, complicações, registro e logística reversa.
Parte prática	Demonstração de materiais, técnica de punção simulada, fixação/identificação do acesso, avaliação de intercorrências e preenchimento do registro.
Materiais	Datashow quando disponível, material impresso do protocolo, checklist de indicação, modelo de evolução e lista institucional de medicamentos compatíveis.

- Registrar presença, conteúdo ministrado, responsável pelo treinamento e profissionais liberados para prática supervisionada.
- Os primeiros procedimentos de cada profissional devem ser acompanhados por enfermeiro capacitado até demonstração de competência.[6]
- Eventos adversos, dúvidas de prescrição e falhas de registro devem retroalimentar o treinamento mensal.[5]

16. Indicadores sugeridos para gestão do protocolo

Indicador	Como medir	Periodicidade
Elegibilidade documentada	Pacientes com hipodermóclise e registro de indicação/contraindicações dividido pelo total de pacientes com hipodermóclise.	Mensal
Eventos adversos locais	Número de eventos locais por 100 punções ou por 100 pacientes acompanhados.	Mensal
Troca não programada de sítio	Trocas por dor, edema, obstrução, hiperemia ou extravasamento dividido pelo total de punções.	Mensal
Encaminhamento hospitalar evitado	Casos com resolução domiciliar do objetivo terapêutico sem ida à urgência, quando clinicamente aplicável.	Trimestral
Treinamento da equipe	Profissionais habilitados no protocolo dividido pelo total de profissionais elegíveis; durante implementação, acompanhar	Mensal na implementação; semestral na manutenção

	capacitação mensal dos primeiros profissionais selecionados.	
Resíduos devolvidos corretamente	Pacientes/famílias com registro de orientação e devolução/encaminhamento adequado de perfurocortantes e sobras dividido pelo total de pacientes com hipodermóclise domiciliar.	Mensal

Anexo A - Documento IAEC-AD

Reprodução integral do Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD), conforme documento original disponibilizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.[1]

MelhoremCasa
Versão Set 2023

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

SAES Secretaria de Atenção Especializada à Saúde

INDICAÇÕES CLÍNICAS MAIS FREQUENTES PARA AD2/AD3	
Selecione uma ou mais das seguintes opções para definira 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, alémdo 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 demoradores 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**

Anexo B - Checklist de indicação de hipodermóclise

Critérios de inclusão

	Critério
☐	Necessidade de hidratação subcutânea lenta.
☐	Necessidade de medicação compatível com via subcutânea.
☐	Limitação da via oral.
☐	Dificuldade de acesso venoso.
☐	Estabilidade clínica e hemodinâmica.
☐	Inserção em AD2 ou AD3, ou justificativa clínica documentada.
☐	Objetivo de conforto, controle de sintomas ou redução de hospitalização evitável.
☐	Suporte domiciliar e possibilidade de acompanhamento pelo SAD.
☐	Decisão compartilhada com paciente/família/cuidador quando houver permanência no domicílio com acesso subcutâneo ou administração supervisionada.[36]
☐	Condições mínimas para higiene do domicílio, armazenamento seguro das medicações e descarte correto dos materiais.[36]

Critérios de exclusão ou suspensão

	Critério
☐	Choque hipovolêmico ou séptico.
☐	Desidratação grave ou necessidade de expansão volêmica rápida.
☐	Instabilidade hemodinâmica ou necessidade de droga vasoativa.
☐	Medicamento/solução incompatível com via subcutânea.
☐	Infecção importante, edema ou lesão extensa no local de punção.
☐	Ausência de prescrição válida ou impossibilidade de monitoramento seguro.

Anexo C - POP de punção de hipodermóclise na atenção domiciliar

Procedimento operacional padrão para orientar a punção, fixação, identificação, monitoramento inicial e registro da hipodermóclise no domicílio. Deve ser executado por profissional habilitado, conforme prescrição, avaliação clínica e normativas institucionais.[4,5,6,7,36]

C.1 Objetivo

Padronizar a instalação segura de acesso subcutâneo para hidratação lenta ou administração de medicamentos compatíveis na atenção domiciliar, reduzindo falhas técnicas, eventos locais, manejo inseguro pelo cuidador e registros incompletos.[4,5,7,36]

C.2 Responsáveis

Profissional	Atribuições no POP
Médico(a)	Prescrever indicação, solução/medicamento, dose, diluição, volume, velocidade, duração, critérios de suspensão e encaminhamento.
Enfermeiro(a)	Avaliar elegibilidade, selecionar sítio, realizar ou supervisionar a punção, orientar cuidador, monitorar intercorrências e registrar o procedimento.
Técnico(a) de enfermagem	Apoiar preparo, administração e observação do sítio conforme habilitação institucional, comunicando intercorrências ao enfermeiro.
Farmácia/apoio técnico	Validar compatibilidade, diluição, armazenamento e orientação de devolução/descarte quando houver medicamento envolvido.
Cuidador/família	Observar sinais de alerta, proteger o dispositivo, manter armazenamento seguro e seguir descarte orientado. Não deve ajustar velocidade, desconectar, trocar medicamento ou manipular o acesso sem orientação.

C.3 Materiais necessários

- Prescrição válida, identificação do paciente e plano de monitoramento.
- Bandeja limpa, solução/medicação preparada conforme prescrição, equipo/extensor quando indicado e material de identificação do acesso.
- Cateter agulhado tipo scalp 21G a 25G ou cateter periférico curto não agulhado 20G a 24G, conforme padronização local e avaliação do paciente.[4,5]
- Luvas de procedimento, gazes ou algodão, antisséptico padronizado, filme transparente ou cobertura autorizada pela instituição, fita hipoalergênica e coletor de perfurocortantes.
- SF 0,9% para preenchimento/teste/flush quando previsto na prescrição ou rotina local.

C.4 Seleção do sítio de punção

Sítio preferencial	Quando considerar	Evitar

Região abdominal	Hidratação e maior volume, quando pele íntegra e tecido subcutâneo adequado.	Ascite importante, edema, ferida, dor, infecção, cicatriz recente ou radiodermite.
Face anterolateral da coxa	Paciente acamado, boa perfusão local e necessidade de hidratação/infusão.	Edema, lesão, dor local, perfusão prejudicada ou risco de tração.
Região interescapular	Paciente confuso/agitado ou com risco de manipular o acesso.	Lesão, proeminência óssea importante, pouca espessura subcutânea ou desconforto.
Região deltoidea/subclavicular	Pequenos volumes e medicação intermitente quando demais áreas não forem adequadas.	Caquexia importante, risco de punção profunda, edema, infecção ou dor local.

C.5 Etapas do procedimento

1. Confirmar paciente, prescrição, alergias, indicação, contraindicações, objetivo terapêutico e autorização/orientação ao paciente ou cuidador.

2. Higienizar as mãos, organizar o material em superfície limpa e conferir validade, integridade, dose, diluição, solução e equipo.

3. Selecionar sítio com pele íntegra, tecido subcutâneo preservado, conforto e menor risco de tração/manipulação.

4. Realizar antissepsia com álcool 70% ou clorexidina conforme rotina institucional e aguardar secagem completa.

5. Fazer prega cutânea com a mão não dominante, sem tocar novamente no ponto de inserção após antissepsia.

6. Introduzir o cateter com bisel voltado para cima, em ângulo compatível com a espessura do tecido subcutâneo, geralmente 45°; em pacientes emagrecidos/caquéticos, considerar cerca de 30°.

7. Aspirar suavemente para verificar ausência de retorno sanguíneo. Se houver retorno, retirar e realizar nova punção a pelo menos 5 cm do local anterior.

8. Administrar pequeno volume de SF 0,9% quando previsto, observando dor, resistência, edema rápido ou extravasamento.

9. Conectar extensor/equipo quando indicado, fixar sem tracionar e cobrir com filme transparente ou cobertura institucional.

10. Identificar curativo com data, hora, sítio, calibre, profissional e via/medicação quando aplicável.

11. Iniciar infusão conforme prescrição e observar o sítio nos primeiros minutos, reforçando sinais de alerta ao cuidador.

C.6 Cuidados após a punção

Momento	**Conduta**
Primeiros minutos	Observar dor, ardor, edema rápido, sangramento, vazamento, resistência ao fluxo e desconforto.

Primeira hora	Reavaliar sítio, velocidade, tolerância local e resposta clínica, especialmente em nova medicação ou novo sítio.[5,7]
Primeiras 4 horas	Monitorar sinais flogísticos, endurecimento, hematoma, extravasamento, dor e volume administrado.
Visitas subsequentes	Registrar avaliação local, volume/medicação administrada, resposta clínica, intercorrências e orientação ao cuidador.

C.7 Critérios para interromper ou trocar o sítio

- Dor persistente, ardor intenso, hiperemia progressiva, endurecimento, edema importante, extravasamento ou obstrução.
- Sangramento, hematoma, secreção, calor local, febre, necrose, suspeita de infecção ou reação alérgica.
- Piora clínica, dispneia, sinais de sobrecarga hídrica, alteração neurológica aguda ou instabilidade hemodinâmica.
- Prescrição incompatível com a via, dúvida de compatibilidade ou ausência de condição segura de monitoramento.

C.8 Registro obrigatório

- Data/hora, indicação, sítio, lado/região, calibre, número de tentativas, tipo de cobertura e profissional responsável.
- Medicamento/solução, dose, diluição, volume, velocidade, horário de início/término e volume total administrado.
- Avaliação local antes e após a punção, resposta clínica, intercorrências e condutas adotadas.
- Orientações ao paciente/cuidador, sinais de alerta informados e necessidade de contato/encaminhamento.

Anexo D - Manual farmacológico

Este manual orienta a prescrição, conferência, preparo, administração, monitoramento e devolução de medicamentos utilizados por via subcutânea no SAD. Não substitui avaliação médica, validação farmacêutica, bula, matriz institucional de compatibilidade ou julgamento clínico individual.[5,7,22,25,26]

D.1 Princípios gerais de segurança

- Utilizar a via subcutânea apenas quando houver indicação clínica, prescrição individualizada e medicamento/solução compatível com a via.[5,7,12,13,26]
- Registrar objetivo terapêutico, dose, diluente, volume final, velocidade ou tempo de infusão, frequência, sítio de administração e critério de reavaliação.[5,7,22,26]
- Priorizar esquemas simples no domicílio, com horários claros, dupla conferência para medicamentos de maior risco e orientação objetiva ao cuidador.

- Suspender ou trocar o sítio diante de dor persistente, hiperemia importante, endurecimento, extravasamento, edema progressivo, secreção, necrose ou suspeita de infecção.[5,7,8]

D.2 Itens mínimos da prescrição farmacológica

Item	Padrão mínimo para uso no SAD
Medicamento/solução	Nome padronizado, apresentação, concentração e via SC explicitada.
Dose e aprazamento	Dose por horário ou dose total por período; intervalo entre doses; tempo previsto de tratamento.
Diluente e volume final	Diluente autorizado, volume final por dose ou por infusão e concentração final quando aplicável.
Modo de administração	Bolus, infusão intermitente ou infusão contínua; informar tempo de administração ou velocidade.
Compatibilidade	Indicar se o medicamento exige sítio exclusivo, se pode compartilhar dispositivo ou se deve ser administrado separadamente.
Monitoramento	Sinais de eficácia, eventos adversos esperados, sinais de toxicidade, reavaliação e conduta de suspensão.

D.3 Compatibilidade e preparo

Situação	Conduta farmacológica
Medicamento único	Confirmar compatibilidade com via subcutânea, concentração, diluente, estabilidade e tolerância local antes da administração.[5,7,22,26]
Dois ou mais medicamentos	Usar o mesmo sítio apenas quando houver compatibilidade documentada. Na dúvida, administrar em sítios diferentes ou em horários separados.[25,26,29,30]
Hidratação subcutânea	Usar volumes e velocidades compatíveis com sítio, condição clínica e risco de sobrecarga; não utilizar para expansão volêmica rápida.[5,8,9,14,15]
Troca de terapia	Reavaliar indicação, resposta clínica, efeitos adversos, sítio de punção e necessidade de outra via ou encaminhamento.

D.4 Principais medicações utilizadas em cuidados paliativos

A tabela abaixo reúne os itens padronizados para consulta rápida no SAD, com dose, diluição, tempo de infusão e observações de compatibilidade organizadas a partir das abas Medicamentos e Compatibilidade do projeto iCare-Hipodermóclise e das referências que embasam essas abas. As doses são referências adultas usuais e devem ser individualizadas por prescrição médica, função renal/hepática, exposição prévia, fragilidade, objetivo terapêutico e resposta clínica.[5,18,19,20,21,22,25,26,27,28,29,30]

Item	Dose de referência	Diluição/preparo	Tempo de infusão
Morfina	Bolus SC: 2 a 3 mg a cada 4 horas; infusão contínua: 10 a 20 mg/dia, com ajuste	Preferir SF 0,9%; diluir a dose prescrita conforme volume planejado. O	Bolus ou infusão contínua; velocidade usual de 20 a 100 mL/h, equivalente a cerca de 7

	individualizado. Não há dose máxima definida; iniciar menor em idosos, fragilidade ou doença renal.[5,18,19]	iCare registra possibilidade de uso sem diluição por orientação cadastrada por opinião de especialista.[5,18]	a 33 gotas/min em equipo de macrogotas.[5,18,19]
Escopolamina	20 mg 8/8h até 60 mg 6/6h; estudo descreve bolus SC de 20 mg e manutenção de 60 mg/24h.[5,20]	SF 0,9% 1 mL para bolus; volume de diluição para infusão contínua não especificado nas fontes da aba Medicamentos.[5,20]	Bolus ou infusão contínua. Monitorar boca seca, retenção urinária, delirium, taquicardia e espessamento de secreções.[20,26]
Dipirona	1 a 2 g até 6/6h, conforme protocolo local, analgesia/antitérmico e avaliação de risco-benefício.[5]	Diluir em 50 mL de SF 0,9% conforme orientação cadastrada por opinião de especialista no iCare.[5]	Infundir em 30 minutos conforme orientação cadastrada por opinião de especialista no iCare; monitorar irritação local.[5]
Clorpromazina	12,5 a 50 mg até de 6/6h; dose máxima de 150 mg/dia. Usar apenas quando demais vias forem inviáveis e/ou em sedação paliativa em fase final.[21,22,23]	SF 0,9% 50 mL para infusão intermitente; SF 0,9% 100 mL para infusão contínua. Se contínua, usar frasco sem PVC.[21,22,23]	30 minutos ou infusão contínua. Exige observação rigorosa do sítio e suspensão diante de evento adverso.[21,22,23]
Midazolam	1 a 5 mg em bolus ou infusão contínua, titulando conforme sintomas.[5,25,26,27]	SF 0,9% 5 mL para bolus; em CSCI, ajustar volume final conforme protocolo local e dispositivo disponível.[5,27]	Bolus ou infusão subcutânea contínua, geralmente em 24h; velocidade citada de 0,5 a 20 mL/h, equivalente a cerca de 0,2 a 7 gotas/min em macrogotas.[5,27]
Soro fisiológico 0,9%	Máximo de 1.500 mL em 24h conforme sítio de punção, prescrição e tolerância do tecido subcutâneo.[5,8,14,15,17]	Solução pronta para infusão. Usar equipo com controle de fluxo e respeitar volume conforme sítio.[5,8]	Infusão contínua conforme prescrição e tolerância local; limite de 62,5 mL/h, equivalente a cerca de 21 gotas/min em equipo de macrogotas.[5,8,14,15,17]
Haloperidol	Em CSCI, mediana aproximada de 2,5 a 3 mg/24h; faixa observada de 0,5 a 10 mg/24h.[5,25,26,28,29]	Os estudos de CSCI não especificam receita padrão de diluição, volume final ou taxa em mL/h para haloperidol isolado; confirmar preparo institucional.[5,25,26,29]	Bolus lento ou infusão subcutânea contínua, geralmente em 24h. Monitorar sedação, sintomas extrapiramidais e acatisia.[26]
Metoclopramida	30 a 120 mg/dia por hipodermóclise, conforme prescrição e mecanismo de náusea/vômito.[7]	SF 0,9% 10 mL, conforme guia farmacêutico e padronização local.[7]	10 minutos, com monitoramento de irritação local e sintomas extrapiramidais. Evitar em obstrução intestinal completa.[7]

D.5 Monitoramento farmacológico

Monitorar	**O que registrar**
Eficácia	Dor, dispneia, náuseas, vômitos, secreções, agitação, conforto, hidratação e meta clínica definida.
Segurança local	Dor, ardor, hiperemia, edema, endurecimento, extravasamento, secreção, sangramento, necrose e necessidade de troca do sítio.[5,7,8]

Segurança sistêmica	Sedação, frequência respiratória, delirium, hipotensão, reação alérgica, retenção urinária, constipação e outros eventos conforme medicamento.
Uso domiciliar	Volume administrado, dose recebida, horários, sobras, devolução, armazenamento, orientação ao cuidador e intercorrências.

Anexo E - Compatibilidade medicamentosa

A compatibilidade medicamentosa por via subcutânea deve ser confirmada antes da administração, especialmente quando houver mistura de fármacos no mesmo dispositivo, infusão contínua, uso de bomba, medicamento irritante ou prescrição de alta vigilância. A ausência de evidência de incompatibilidade não deve ser interpretada como autorização automática para mistura.[5,7,25,26,29,30]

E.1 Regra operacional para decisão

Pergunta de checagem	**Conduta se a resposta for não**
O medicamento é reconhecido como aceitável por via subcutânea?	Não administrar por via SC até validação médica/farmacêutica e registro do risco-benefício.[5,7,26]
Dose, concentração, diluente e volume final estão definidos?	Devolver prescrição para ajuste antes da liberação ou administração.
Há compatibilidade documentada para misturar os medicamentos prescritos?	Usar sítios diferentes, administrar em horários separados ou solicitar revisão da prescrição.[25,26,29,30]
A solução está límpida e sem precipitado, turvação, cristalização ou alteração de cor?	Não administrar; descartar conforme rotina e comunicar a equipe responsável.
O sítio está íntegro, sem dor, edema, hiperemia, endurecimento ou extravasamento?	Trocar sítio, suspender temporariamente ou reavaliar plano terapêutico conforme gravidade.[5,7,8]

E.2 Pares e associações descritos na literatura

A tabela abaixo resume a interpretação prática das referências de compatibilidade medicamentosa para os medicamentos de interesse do SAD. Quando houver dados insuficientes, a conduta institucional deve ser não misturar no mesmo dispositivo até validação farmacêutica.[25,26,29,30]

Associação	**Situação**	**Interpretação prática**
Morfina + Escopolamina	Compatível	Compatibilidade provável por suporte indireto para opioides com escopolamina em contexto paliativo.[26,29]
Morfina + Midazolam	Compatível	Combinação comum em infusão subcutânea contínua; midazolam SC com opioide foi bem tolerado localmente.[27,29]
Morfina + Haloperidol	Compatível	Combinação frequente em cuidados paliativos; há dados de

		compatibilidade parenteral e uso em CSCI.[25,29]
Morfina + Haloperidol + Midazolam	Compatível	Associação descrita como frequente em serviços de cuidados paliativos.[25,29]
Morfina + Clorpromazina	Dados insuficientes	Há relato de uso em coquetéis parenterais, mas sem dado SC direto para o par isolado; preferir sítios separados.[29]
Escopolamina + Midazolam	Compatível	Combinações com hioscina/escopolamina e midazolam são usadas em CSCI, inclusive associadas a opioides.[26,29]
Escopolamina + Haloperidol	Compatível	Escopolamina + haloperidol em SF 0,9% aparece em mistura ternária SC estável.[28]
Clorpromazina + Haloperidol	Dados insuficientes	Sem dado SC direto robusto para o par isolado; evitar mistura sem validação farmacêutica.[26,29]
Dipirona + Morfina ou Escopolamina	Opinião de especialista	Compatibilidade baseada em recomendação especializada/institucional; preferir validação farmacêutica local antes de misturar.[7]
Dipirona + outros itens	Dados insuficientes	Não há dado direto robusto nas referências consultadas para as demais misturas; preferir sítio separado.[7,26]
SF 0,9% com combinações citadas	Diluente preferencial	As combinações com melhor suporte foram descritas em soro fisiológico 0,9%.[25,26,28]
Todos juntos na mesma seringa	Dados insuficientes	Não há estudo avaliando mistura única com morfina, escopolamina, clorpromazina, dipirona, haloperidol e midazolam em SF 0,9%; não realizar.[25,26,29]

E.3 Medicamentos que exigem atenção reforçada

Grupo	Risco principal	Ação segura
Opioides	Sedação excessiva, depressão respiratória, náuseas, constipação e acúmulo em paciente vulnerável.[3,19,26]	Monitorar resposta clínica, nível de consciência e frequência respiratória; revisar dose diante de toxicidade.
Benzodiazepínicos, como midazolam	Sedação profunda, depressão respiratória, delirium paradoxal ou uso sem meta clara.[21,27]	Registrar indicação, objetivo, reavaliação e plano de monitoramento.
Antipsicóticos/antieméticos	Sedação, sintomas extrapiramidais, interação medicamentosa e incompatibilidade em associações.[25,26,28]	Confirmar compatibilidade antes de misturar e observar resposta neurológica.

Corticosteroides	Irritação local, interação, hiperglicemia, delirium e risco infeccioso.[24,26]	Avaliar necessidade de sítio separado e monitorar eventos sistêmicos.
Medicamentos alcalinos, irritantes ou de pH extremo	Dor, endurecimento, extravasamento, necrose e falha terapêutica.[5,26]	Evitar mistura; usar via exclusiva ou outra via conforme avaliação médica/farmacêutica.

E.4 Registro de compatibilidade

Campo	Registro mínimo
Medicamentos avaliados	Nome, dose, concentração, diluente, volume final e via.
Fonte de compatibilidade	Guia institucional, referência farmacêutica, literatura, parecer da farmácia ou decisão médica documentada.
Resultado	Registrar se a associação foi autorizada, recusada ou encaminhada para validação farmacêutica/médica.
Conduta	Mesmo sítio, sítios separados, horários separados, via exclusiva, troca de via, suspensão ou revisão da prescrição.
Monitoramento	Sinais locais, resposta clínica, eventos adversos, necessidade de troca do sítio e comunicação à equipe.

Anexo F - Modelo de evolução/registro

Campo	Registro
Data/hora	
Indicação	
IAEC-AD/modalidade	AD1 ☐ AD2 ☐ AD3 ☐ Pontuação: ____
Sítio/calibre	
Medicação/solução	
Diluição/volume/velocidade	
Avaliação local	Sem alteração ☐ Dor ☐ Edema ☐ Hiperemia ☐ Endurecimento ☐ Extravasamento ☐
Resposta clínica	
Orientação ao cuidador	
Conduta	Manter ☐ Trocar sítio ☐ Ajustar prescrição ☐ Suspender ☐ Encaminhar ☐
Profissional	

Anexo G - Mapa de fluxo de medicamentos e insumos

O fluxograma geográfico foi estruturado a partir do modelo visual de fluxo do CONASS e adaptado ao percurso Farmácia/Almoxarifado -> SAD -> Domicílio, com retorno pelo SAD e saídas reversas para farmácia, almoxarifado e hospital.[34]

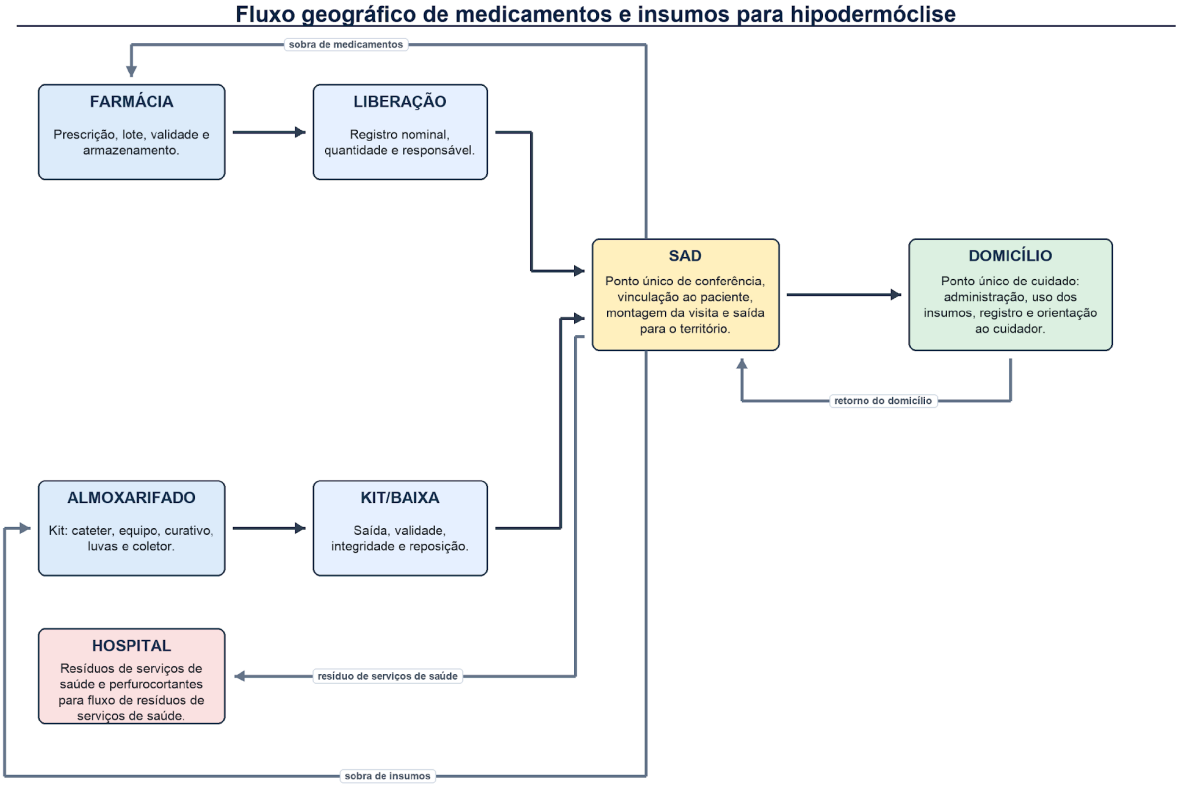


Figura G1 - Fluxo geográfico de medicamentos e insumos para hipodermóclise no SAD.

Responsabilidades e registros mínimos: farmácia recebe sobras de medicamentos; almoxarifado recebe sobra de insumos limpos; hospital/ponto de resíduos de serviços de saúde recebe resíduos de serviços de saúde; o SAD consolida conferência, triagem, registro e encaminhamento dos retornos.

Fontes utilizadas

1. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Instrumento de Avaliação da Elegibilidade e Complexidade da Atenção Domiciliar (IAEC-AD), versão Set 2023. Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/d/saude/iaec-ad. Consultado em 17/05/2026.

2. Ministério da Saúde. Modalidades de Atenção Domiciliar, página atualizada em 05/08/2024.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Terapia subcutânea no câncer avançado. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

5. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; Academia Nacional de Cuidados Paliativos. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos: um guia da SBGG e da ANCP para profissionais. 3ª edição. 2025.

6. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. Parecer COREN-BA nº 021/2013. Assunto: Dosagem de Medicamentos como Responsabilidade do Enfermeiro.

7. Hospital Sírio-Libanês. Guia Farmacêutico: Hipodermóclise, incluindo locais de punção, preparo, volumes, monitoramento e compatibilidade.

8. University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust. Guidelines for the use of subcutaneous hydration in palliative care (hypodermoclysis), CG259.

9. American Family Physician. Hypodermoclysis: An Alternative Infusion Technique.

10. Barua P, Bhowmick B. Hypodermoclysis: a victim of historical prejudice. Age and Ageing. 2005.

11. De Andrade Pereira de Brito W. Hipodermóclise no idoso: uma terapia para a autonomia no cuidado. Universidade Federal Fluminense. 2016.

12. Broadhurst D, Cooke M, Sriram D, Gray B. Subcutaneous hydration and medication infusions: effectiveness, safety and acceptability. PLoS One. 2020;15(8):e0237572.

13. Broadhurst D et al. International Consensus Recommendation Guidelines for Subcutaneous Infusions of Hydration and Medication in Adults: An e-Delphi Consensus Study. Journal of Infusion Nursing. 2023;46(4):199-209.

14. Caccialanza R, Constans T, Cotogni P, Zaloga GP, Pontes-Arruda A. Subcutaneous infusion of fluids for hydration or nutrition: a review. JPEN Journal of Parenteral and Enteral Nutrition. 2018;42(2):296-307.

15. Duems-Noriega O, Ariño-Blasco S. Subcutaneous fluid and drug delivery: safe, efficient and inexpensive. Reviews in Clinical Gerontology. 2015;25(2):117-146.

16. Coelho T, Wainstein A, Drummond-Lage A. Hypodermoclysis as a strategy for end-of-life cancer in home care. 2020.

17. López J, Reyes-Ortiz C. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. Reviews in Clinical Gerontology. 2010.

18. Bruno VG. Hypodermoclysis: a literature review to assist in clinical practice. Einstein (São Paulo). 2015.

19. Bruera E et al. Hypodermoclysis for the administration of fluids and narcotic analgesics in patients with advanced cancer. Journal of Pain and Symptom Management. 1990.

20. Wildiers H et al. Atropine, hyoscine butylbromide, or scopolamine are equally effective for the treatment of death rattle in terminal care. Journal of Pain and Symptom Management. 2009.

21. Avillés RG, Antiñolo FG. Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), 2013.

22. NHS Greater Glasgow and Clyde. Guideline for the use of subcutaneous medications in palliative care for adults. Palliative Care Practice Development Team, 2011.

23. Souza GB. Manual de drogas injetáveis. 4ª edição. São Paulo: Medfarma, 2017.

24. Walker J, Lane P, McKenzie C. Evidence-based practice guidelines: a survey of subcutaneous dexamethasone administration. International Journal of Palliative Nursing. 2010.

25. Leong M, Michael N, Wojnar R. Compatibility of medication admixtures in continuous subcutaneous infusions. International Journal of Pharmacy Practice. 2024.

26. Wilcock A, Howard P, Charlesworth S. Palliative Care Formulary. 8th edition. London: Pharmaceutical Press, 2022.

27. Bottomley DM, Hanks GW. Subcutaneous midazolam infusion in palliative care. Journal of Pain and Symptom Management. 1990.

28. Negro S et al. Compatibility and stability of ternary admixtures of tramadol, haloperidol, and hyoscine N-butyl bromide. 2010.

29. Dickman A et al. Drug combinations administered by continuous subcutaneous infusion requiring compatibility analysis. BMC Palliative Care. 2017.

30. Johnson I, Patterson S. Drugs used in combination in the syringe driver: a survey of hospice practice. 1992.

31. Nietsche E et al. Equipe de saúde e familiares cuidadores: atenção ao doente terminal no domicílio. Revista de Enfermagem Referência. 2013.

32. Langaro F et al. Vivência familiar nos cuidados domiciliares em final de vida e processos de luto. 2015.

33. Queiroz A et al. Cuidados voltados aos familiares de pessoas em finitude humana. Research, Society and Development. 2021.

34. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Fluxo de atendimento eletivo regulado, modelo visual de fluxo. Disponível em: https://www.conass.org.br/guiainformacao/wp-content/uploads/2016/09/fluxo-atendimento-eletivo-regulado.png. Consultado em 16/05/2026.

35. BRASIL. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fundação Oswaldo Cruz; Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. 2013.

36. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Melhor em Casa: Manual de Procedimentos Operacionais Padrão. Disponível em: https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MELHOR_EM_CASA_Manual_Procedimentos_Operacionais_Padrao.pdf. Consultado em 17/05/2026.