



Protocolo de Atenção à Saúde

GUIA DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Área (s): Gerência de Normatização de Serviços de Atenção Primária-GENS/DIRORGS/COAPS/SAIS/SES-DF e DIENF/CORIS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37, de 23 de fevereiro de 2018.

- **Metodologia de Busca da Literatura**

- **Bases de dados consultadas**

Realizou-se uma pesquisa a partir de artigos, livros e publicações governamentais do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Secretarias Municipais de Saúde de outros Estados e Conselhos de Classe Regional e Federal.

- **Palavra (s) chaves (s)**

Utilizaram-se as seguintes palavras-chave: Enfermagem, Protocolos Assistenciais e de Fluxo, Procedimentos Operacionais Padrão, Fluxogramas.

- **Período referenciado e quantidade de artigos relevantes**

Para seleção do material, utilizaram-se como período referenciado as publicações dos últimos anos.

Em resumo, foram consultados para elaboração deste protocolo os seguintes documentos: 03 Publicações de Agência Nacional, 53 publicações do Ministério da Saúde, 09 Protocolos Assistenciais, 16 documentos de Secretarias Municipais de

Saúde e Distrito Federal, 07 livros técnicos, 03 publicações de conselhos de classe Regionais e Federal, 01 Revista Científica e 06 Artigos Científicos.

- **Introdução**

A Atenção Primária à Saúde vem-se consolidando como a forma mais eficiente de organização dos Serviços de Saúde enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado e desta forma destaca-se a APS como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema a qual é constituída de equipe multidisciplinar que deve cobrir toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde da população bem como resolvendo a maioria dos problemas de saúde¹.

No DF a mudança do modelo de APS foi iniciada no segundo semestre de 2016 com discussões entre profissionais, representações classistas e gestores. O modelo assistencial que se busca baseia-se na Estratégia de Saúde da Família (ESF) com ênfase na abordagem familiar e comunitária tendo como base a Política Nacional de Atenção Básica/MS. Estas mudanças iniciaram com a publicação da Política De Atenção Primária à Saúde do DF através da publicação da Portaria nº 77 de 14/02/2017².

Todavia, garantir a mudança do modelo e a expansão da cobertura de ESF, não significa que os problemas de saúde da população serão resolvidos. É necessário que haja também um aumento da resolutividade, garantindo acesso ao usuário e a qualidade dos serviços prestados de acordo com suas necessidades. Desta forma, além dos investimentos em tecnologia, infraestrutura e nos profissionais, é necessário definir quais serviços a serem ofertados pela APS – consolidado com a aprovação da 2ª Edição da Carteira de Serviços da APS/DF em 17/11/2016³ - assim como sua implantação, padronização em todas as Unidades Básicas de Saúde da APS.

Entre estas ações, a Secretaria de Saúde trabalha com a proposta de legitimar o profissional de enfermagem como um dos protagonistas do processo assistencial; portanto faz-se necessários nortear os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em suas atividades diárias na APS, fazendo com que tenham segurança e domínio técnico para que possam garantir, uma oferta de serviços qualificada.

Contudo foi dado um passo inicial para a normatização das boas práticas da profissão na APS/DF, há um extenso trabalho a ser realizado em relação a padronização das ações que devem ser realizadas pelo enfermeiro na APS, como: implementação da Sistematização de Enfermagem/Processo de Enfermagem, abordagem familiar e comunitária, entre outras.

Neste contexto a Coordenação de Atenção Primária à Saúde em conjunto com a Diretoria de Enfermagem/CORIS/SAIS, Associação Brasileira de Enfermagem, Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal iniciou a elaboração deste “Guia de Enfermagem da APS” com a descrição dos principais Procedimentos Operacionais Padrão e respectivos fluxogramas.

Foram utilizados como documentos balizadores a Carteira de Serviços da APS/DF – 2ª Edição; legislações e publicações do Ministérios da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde e do Distrito Federal, Protocolos Clínicos da SES/DF bem como as Legislações de Enfermagem.

O presente guia deverá auxiliar o enfermeiro nos processos de coordenação, planejamento e gestão da unidade de saúde, organizando e equilibrando as atividades de gestão e o cuidado.

O processo de implantação do protocolo em questão poderá passar por dificuldades tendo em vista que até então não havia sido criado algo que uniformizasse os procedimentos em toda a APS podendo ser modificado de acordo com os resultados de sua aplicabilidade.

Contudo, ressalta-se que o referido guia é resultado de um amplo esforço de profissionais da SES e representantes das instituições de enfermagem dos diferentes níveis de atuação da APS/DF

- **Justificativa**

Com as mudanças na Atenção Primária à Saúde do DF decorrentes da publicação das Portarias nº 77 e 78² de fevereiro de 2017 que trata da ampliação das equipes para o modelo de Estratégia de Saúde da Família tornou-se essencial subsidiar os profissionais de enfermagem de protocolos dos processos de trabalho na APS, garantindo assim uma assistência qualificada.

Trata-se de uma normatização de processos integrados e contínuos nas ações que visam a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do usuário, família e comunidade. Possibilitando assim, um avanço na qualificação do profissional da equipe de enfermagem como agente proativo e indutor das melhores práticas assistências em todos os ciclos de vida.

- **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**

NÃO SE APLICA

- **Diagnóstico Clínico ou Situacional**

NÃO SE APLICA

- **Critérios de Inclusão**

NÃO SE APLICA

- **Critérios de Exclusão**

NÃO SE APLICA

- **Conduta**

67 POP's e 54 Fluxogramas - ANEXOS:

- 8.1 Conduta Preventiva**

NÃO SE APLICA

- 8.2 Tratamento Não Farmacológico**

NÃO SE APLICA

- 8.3 Tratamento Farmacológico**

NÃO SE APLICA

- 8.3.1 Fármaco (s)**

NÃO SE APLICA

- 8.3.2 Esquema de Administração**

NÃO SE APLICA

- 8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção**

NÃO SE APLICA

- **Benefícios Esperados**

Os benefícios esperados com a implantação e seguimento dos Procedimentos Operacionais Padrão e seus Fluxogramas compreendem-se em duas categorias, sendo benefícios sociais que se descrevem no aumento da qualidade das ações de enfermagem prestadas aos usuários que terão um atendimento qualificado e de segurança e benefícios técnico/científicos, pois a implantação do referido guia servirá de embasamento científico para futuros estudos e pesquisas acerca da assistência de enfermagem na APS.

- **Monitorização**

O monitoramento dos resultados será realizado anualmente pela Gerência de Enfermagem das Regiões de Saúde em conjunto com sua equipe através do instrumento de avaliação específico para cada POP.

- **Acompanhamento Pós-tratamento**

NÃO SE APLICA

- **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER**

NÃO SE APLICA

- **Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor**

O instrumento a ser utilizado pelo gestor da Região e gestor Central, respectivamente Gerências de Enfermagem e sua equipe, e, Diretoria de Enfermagem/CORIS/SAIS - para avaliação quantitativa do uso dos POP's será o Carteirômetro. A avaliação qualitativa será realizada em cada região com os gestores locais através de reuniões técnicas com a equipe de enfermagem objetivando a efetividade destes POP's bem como sugestões para adequações.

- **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77: **Estabelece a Política de Atenção à Saúde do Distrito Federal**. Brasília, 14/02/2017.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 78: **Regulamenta o artigo 51 da Portaria 77 de 2017 para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária de Saúde do DF ao modelo da Estratégia de Saúde da família**. Brasília, 14/02/2017.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária de Saúde/DF, 2ªEdição**. Aprovada pela deliberação nº 25 – DODF de 18/11/2016. Brasília, 2016/2017.

Sumário

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1.1 ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	10
1.2 VIGILÂNCIA NUTRICIONAL E MONITORAMENTO DO CRESCIMENTO INFANTIL	12
1.3 ACOMPANHAMENTO BIOPSISSOCIAL DE ADOLESCENTES	15
1.4 ATENÇÃO À MULHER COM GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL	22
1.5 ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO E PÓS ABORTAMENTO	29
1.6 ESTÍMULO A PATERNIDADE ATIVA	32
1.7 EXTRAÇÃO MANUAL DO LEITE HUMANO	36
1.8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO AO INGURGITAMENTO MAMÁRIO	38
1.9 ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA ACOMETIDA DE MASTITE.....	40
1.10 EXAME CLÍNICO DE MAMAS PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA.....	43
1.11 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (PAS)	47
1.12 IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)	52

2. ATIVIDADES EDUCATIVAS

2.1 ATIVIDADE EDUCATIVA COLETIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	55
2.2 ROTEIRO PARA ATIVIDADE COLETIVA DE HIPERTENSÃO (HAS)	58
2.3 ROTEIRO PARA ATIVIDADES COLETIVAS DE DIABETES MELLITUS (DM)	60

3. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

3.1. ORGANIZAÇÃO, CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA	62
3.2 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR	80
3.3 ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS	86

4. TÉCNICAS PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA

4.1. ROTINA DE ATIVIDADES DA SALA DE MEDICAÇÃO.....	91
4.2 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OCULAR	102
4.3. ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL	104

4.4. TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO)	106
4.5 ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER NASAL TIPO “ÓCULOS”	109
4.6 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO	111
4.7 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL	115
4.8 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA	118
4.9 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA SUBCUTÂNEA	123
4.10 PREPARO DA MISTURA DE INSULINAS NPH (<i>NEUTRAL PROTAMINE HAGEDORN</i>) E REGULAR NA MESMA SERINGA.....	129
4.11 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR	132
4.12 ADMINISTRAÇÃO DE BENZILPENICILINA BENZATINA.....	137
4.13 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA.....	141
4.14. PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM CATETER	145

5. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO

5.1. COLETA DE SANGUE PARA TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA NO RECÉM-NASCIDO (RN)...	151
5.2. COLETA DE SANGUE VENOSO	156
5.3 TESTAGEM RÁPIDA DE HIV, SÍFILIS E HEPATITE	160
5.4. COLETA DO MATERIAL CITOPATOLÓGICO PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DO COLO CERVICAL.....	168
5.5. TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ (TRG).....	173
5.6 REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	176
5.7 AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR.....	179
5.8 COLETA DE ESCARRO PARA EXAME DE BK (BACILO DE KOCH)	183
5.9. COLETA DE URINA PARA UROCULTURA OU ANÁLISE BIOQUÍMICA.....	188
5.10 APLICAÇÃO DO TESTE DE <i>SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY</i> (SPBB) - VERSÃO BRASILEIRA	191
5.11 PROVA DO LAÇO	200

6. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AUXILIARES

6.1. ROTINAS DE ATIVIDADES DA SALA DE PROCEDIMENTOS	203
---	-----

6.2. RETIRADA DE PONTOS	206
6.3. REALIZAÇÃO DE CURATIVO	209
6.4. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM OSTOMIA.....	214

7. VACINAÇÃO

7.1. ROTINA DE ATIVIDADES DA SALA DE VACINAÇÃO	218
7.2 ORGANIZAÇÃO DOS IMUNOBIOLÓGICOS NA CÂMARA REFRIGERADA	234
7.3 AMBIENTAÇÃO DAS BOBINAS REUTILIZÁVEIS PARA USO DIÁRIO	238
7.4 LIMPEZA DO REFRIGERADOR DE ARMAZENAMENTO DE IMUNOBIOLÓGICOS.....	243
7.5 PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA SALA DE VACINA	247

8. SONDAGENS

8.1. SONDA NASOGÁSTRICA	257
8.2. SONDA VESICAL DE DEMORA	261
8.3. SONDA VESICAL DE ALÍVIO	265

9. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

9.1 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DENGUE	269
9.2 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE CHIKUNGUNYA (CHIKV)	274
9.3 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE FEBRE AMARELA	278
9.4 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL (LV).....	281
9.5 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE MALÁRIA.....	285
9.6 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE HANTAVIROSE.....	287
9.7 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE LEPTOSPIROSE.....	291
9.8 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE HANSENÍASE	295
9.9 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE FEBRE MACULOSA	298
9.10 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE TUBERCULOSE	301

10. MANEJO DE INSTRUMENTAIS PARA ESTERILIZAÇÃO

10.1 HIGIENIZAÇÃO DE MATERIAL PARA VIAS AÉREAS	309
10.2 ATIVAÇÃO DO DETERGENTE ENZIMÁTICO	314
10.3 HIGIENIZAÇÃO DA SUBCÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA	317
10.4 LIMPEZA DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS E ARTIGOS PARA SAÚDE	320
10.5 TÉCNICAS DE EMBALAGEM DE INSTRUMENTOS E MATERIAIS	323
10.6 MONTAGEM DE BANDEJA DE CATETERISMO VESICAL	330
10.7 MONTAGEM DE BANDEJA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	332
10.8 MONTAGEM DE CARGA PARA AUTOCLAVE	334
10.9 MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO EM AUTOCLAVES A VAPOR COM SISTEMA DE PRÉ-VÁCUO	336
10.10 RETIRADA DO MATERIAL ESTERILIZADO DAS AUTOCLAVES	340
10.11 LIMPEZA DAS AUTOCLAVES	342
10.12 DESINFECÇÃO CONCORRENTE DO EXPURGO	344
 11. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	
11.1. ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES EM SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	347
 12. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	
12.1. PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)	352
 13. PROTEÇÃO INDIVIDUAL DO PROFISSIONAL	
13.1 RECOMENDAÇÕES QUANTO À APRESENTAÇÃO PESSOAL NA ROTINA PROFISSIONAL	359
13.2 USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) NA SALA DE EXPURGO	361

1.1 Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de acompanhamento pela equipe quanto ao desenvolvimento infantil na atenção primária à saúde (APS).

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro e/ou médico

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Atribuição do Enfermeiro e/ou Médico

- Realizar a avaliação do desenvolvimento infantil;
- Tomar as condutas necessárias visando o adequado desenvolvimento da criança.

6. Material

Caderneta da Criança, Protocolo Atenção à Saúde da Criança (SES-DF)

7. Descrição do Procedimento

- a) Dispor da Caderneta da Criança;
- b) Avaliar na Caderneta os marcos do desenvolvimento infantil por faixa etária;
- c) Informar ao responsável quanto ao desenvolvimento da criança de acordo com a avaliação;
- d) Registrar na Caderneta da Criança o resultado da avaliação (Presente, Ausente e/ou Não Avaliado).

8. Recomendações/Observações

- a) Os profissionais devem conhecer o desenvolvimento normal da criança e suas variações para que possa oferecer orientações à família e quando necessário, fazer encaminhamentos para diagnóstico e intervenções o mais precoce possível.

- b) Observar durante a consulta comportamentos da criança compatíveis com a faixa etária e se ela apresenta interesse por objetos próximos e pelo ambiente.
- c) Observar durante a consulta interação da mãe/cuidador com a criança (vínculo afetivo), cuidados com higiene da criança.
- d) É importante que o profissional esteja atento às condições de saúde da mãe/família.
- e) Na impossibilidade de realizar ou concluir a avaliação, remarque retorno o mais breve possível.

9. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.

1.2 Vigilância Nutricional e Monitoramento do Crescimento Infantil

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Orientar a equipe de enfermagem quanto aos procedimentos a serem realizados visando a vigilância nutricional e o monitoramento do crescimento infantil na Atenção Primária à Saúde (APS).

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Atribuição do Enfermeiro

- Realizar supervisão da equipe de enfermagem;
- Orientar quanto a técnica a ser realizada para a verificação das medidas antropométricas pelo técnico ou auxiliar de enfermagem.
- Realizar a avaliação das medidas antropométricas da criança;

6. Atribuição do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Realizar as técnicas adequadas para verificação das medidas antropométricas da criança;
- Solicitar avaliação prévia do enfermeiro em situações de dúvida;
- Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
- Anotar na Caderneta da Criança as medidas antropométricas.

7. Materiais

- Fita métrica;
- Régua antropométrica pediátrica;
- Balança pediátrica eletrônica para peso inferior a 16 kg;

- Balança antropométrica;
- Maca;
- Caderneta da Criança.

8. Descrição da Técnica

8.1 Verificação do peso: Criança até os 2 anos de idade ou com peso menor que 16kg:

- a) Zerar a balança;
- b) Pesar a criança sem fralda, podendo deixar com uma roupa leve;
- c) Colocar a criança no centro da balança pediátrica digital;
- d) Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo da criança com o cuidado de não a tocar;
- e) Ler o peso e anotar na Caderneta da Criança.

8.2 Verificação do peso: Criança acima de 2 anos de idade:

- a) Zerar a balança;
- b) Pesar a criança sem calçado e trajando roupa leve;
- c) Colocar a criança no centro da plataforma da balança antropométrica;
- d) Ler o peso e anotar na Caderneta da Criança.

8.3 Verificação do comprimento/altura: Criança até os 2 anos de idade:

- a) Medir a criança com ela deitada sobre uma maca e com auxílio de uma régua antropométrica ou fita métrica;
- b) Manter a cabeça da criança no mesmo eixo do tronco;
- c) Manter os joelhos e pernas da criança estendidos e esticadas;
- d) Ler o comprimento e anotar na Caderneta da Criança;
- e) Registrar o valor obtido aproximando-o para o centímetro mais próximo (Exemplo: 60,2 cm aproximar para 60,0 cm; 71,8 cm aproximar para 72,0 cm).

8.4 Verificação do comprimento/altura: Criança acima de 2 anos de idade.

- a) Medir a altura da criança com ela em posição ortostática (em pé), descalça e sem adornos na cabeça;
- b) Ler o comprimento e anotar na Caderneta da Criança;
- c) Registrar o valor obtido aproximando-o para o centímetro mais próximo (Exemplo: 120,2 cm aproximar para 120,0 cm; 121,8 cm aproximar para 122,0 cm).

8.5 Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC):

- Aplicar a fórmula: $\text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$

8.6 Verificação do perímetro cefálico:

- a) Posicionar a criança em decúbito dorsal na maca;
- b) Ajustar a fita métrica em torno da cabeça, logo acima da sobrancelha, passando sobre a linha supra auricular até o polo occipital;

- c) Obter a medida do perímetro cefálico no ponto de encontro da fita métrica;
- d) Ler o comprimento e anotar na Caderneta da Criança.

9. Recomendações/Observações

- a) O profissional deverá analisar os dados obtidos na avaliação antropométrica com atenção para identificar a presença das seguintes situações de alerta:
 - Crianças com peso elevado, com curva de crescimento ascendente;
 - Crianças eutróficas (apresentam boa nutrição) com curvas de crescimento horizontal ou descendente;
 - Crianças com baixo peso;
 - Crianças com déficit de altura, principalmente nos menores de 2 anos.
- b) Recomenda-se que os dados obtidos sobre o estado nutricional e o consumo alimentar das crianças sejam inseridos rotineiramente no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

10. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.

Procedimento Operacional Padrão

1.3 Acompanhamento Biopsicossocial de Adolescentes

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivos

- Esclarecimento sobre o crescimento e desenvolvimentos físico, psicossocial e sexual;
- Reforço de mensagens de promoção de saúde (hábitos e alimentação saudáveis) e prevenção de agravos (imunização etc.);
- Identificação de adolescentes em situação de vulnerabilidades e riscos;
- Desenvolvimento de vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem

4. Local De Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Materiais

Caderneta do Adolescente

6. Descrição do Procedimento

Deve ser uma consulta biopsicossocial, ou seja, com abordagem não só para as questões biológicas, mas para as questões psicológicas e sociais. A acolhida deve ser qualificada porque uma acolhida hostil, que imponha uma série de exigências, pode afastar os adolescentes, perdendo-se a oportunidade de adesão ao serviço.

6.1 Atribuições do Enfermeiro

- Atribuições que lhes são conferidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB);

- Atribuições que lhes são conferidas pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), direção do órgão de enfermagem que integra a estrutura básica institucional, bem como da chefia da unidade de enfermagem;
- Realizar a organização e direção do serviço de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares;
- Planejar, organizar, coordenar, avaliar os planos assistenciais e da programação de saúde e executar as ações da unidade de saúde;
- Realizar consultoria e auditoria, bem como, emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- Realizar consulta de enfermagem;
- Prescrever a assistência de enfermagem;
- Realizar os cuidados diretos a adolescentes com grave risco de morte;
- Realizar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;
- Exercer atividades como integrante da equipe de saúde;
- Prescrever os medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela SES-DF, por meio de protocolos publicados;
- Realizar prevenção e controle de danos ao adolescente durante assistência de enfermagem;
- Realizar prevenção e controle de doenças transmissíveis dentro dos programas de vigilância epidemiológica;
- Participar de programas e atividades de educação sanitária;
- Realizar qualificação e aprimoramento de pessoal da equipe de saúde;
- Realizar programas de higiene e segurança do trabalho e prevenção de acidentes.

6.2 Atribuições do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Assistir ao enfermeiro no planejamento e programação das atividades de assistência de enfermagem;
- Prestação de cuidados diretos aos adolescentes;
- Prevenção e controle de doenças transmissíveis e infecção;
- Executar programas de saúde preconizados na unidade;
- Exercer atividades de assistência de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro;
- Preparar o adolescente para consultas, exames e tratamentos;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, conforme o nível de sua qualificação;
- Executar tratamentos prescritos, ou de rotina e atividades gerais de enfermagem;

- Ministrar medicamentos conforme prescrição, controle hídrico, curativos, nebulização, aplicação de calor ou frio, executar conservação e aplicação de vacinas, controle de pacientes e comunicantes em doenças transmissíveis, realizar testes e colher material para exames laboratoriais, prestar cuidados gerais de enfermagem, executar atividades de desinfecção e esterilização;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao adolescente, zelar pela sua segurança alimentar e de higiene;
- Participar de atividades de educação em saúde, pré-consulta e pós-consulta, orientações quanto a prescrição médica e de enfermagem;
- Realizar anotações no prontuário do adolescente no que se refere às atividades da assistência de enfermagem;
-

7. Descrição da Consulta

I. Acolhimento ao adolescente

- Acolher adolescentes e seus familiares oferecendo escuta qualificada às demandas apresentadas;
- Sensibilizar adolescentes e familiares para a participação nas atividades propostas de educação em saúde;
- Ser resolutivo, com a intenção de direcioná-los aos serviços disponíveis, compreendendo sua presença na unidade básica como oportunidade para envolvê-lo no serviço;
- Informar sobre as atividades fornecidas na UBS e Região de Saúde;
- Fornecer, com orientação, a “Caderneta de Saúde de Adolescentes” e preencher os campos obrigatórios;
- Orientar sobre sexualidade, métodos preventivos de DST/AIDS;
- Abordar sobre as necessidades, prioridades e vulnerabilidades e marcar consultas individuais, se necessário;
- Realizar avaliação das situações de risco e se detectado algum caso, possibilitar consulta imediata;
- Encaminhar ao hospital ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) os casos de urgência/emergência;
- Propiciar a vinculação do adolescente ao serviço;
- Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos e de promoção à saúde, como forma de complementar as atividades clínicas para o cuidado dos adolescentes, sobretudo para grupos mais vulneráveis e a determinadas situações priorizadas pela equipe.

II. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento de adolescentes de 10 a 19 anos, utilizando como instrumento a “Caderneta de Saúde de Adolescentes” (masculina e feminina):
 - a) Aferir peso e estatura (técnico de enfermagem);
 - b) Calcular índice de massa corpórea (IMC utilizando a fórmula: P/E^2) (enfermeiro);
 - c) Inserir dados nos gráficos de estatura/idade e IMC/idade (enfermeiro);
 - d) Realizar classificação de *Tanner* (enfermeiro) conforme Protocolo de Saúde do Adolescente;
 - e) Aferir a pressão arterial (enfermeiro ou técnico de enfermagem).
- Analisar os dados encontrados na avaliação, detectar alterações e orientar sobre os principais cuidados (enfermeiros);
- Sensibilizar, por meio de ações educativas, para as transformações decorrentes da puberdade;
- Fortalecer a vinculação segura entre famílias/cuidadores e adolescentes e valorizar o importante papel das famílias na passagem da infância à adolescência;
- Avaliar situações sugestivas de maus-tratos ou violência (enfermeiros);
- Encaminhar para atualização do calendário vacinal e para saúde bucal;
- Orientar sobre hábitos saudáveis (sono adequado, atividades físicas e de lazer, alimentação saudável e regular);
- Inserir os dados da anamnese, acompanhamento, cuidados e tratamento no prontuário do adolescente.

III. Imunização na adolescência

- Ofertar todas as vacinas do calendário proposto pelo Ministério da Saúde e SES-DF para adolescentes de 10 a 19 anos, avaliar qual a necessidade;
- Investigar sobre efeitos adversos prévios e orientar sobre possíveis efeitos adversos pós-vacinais (EAPV) - enfermeiros;
- Atualizar o calendário vacinal: reiniciar esquemas interrompidos ou quando não há comprovação de vacinação prévia;
- Orientar e encaminhar as situações de indicação de imunobiológicos especiais para os Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais - CRIE (enfermeiros).

IV. Prevenção de acidentes e violências na adolescência

- Atuar de acordo com o preconizado pela “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, privilegiando:
 - a) Acolhimento, atendimento, notificação (ficha SINAN), seguimento em rede;

- b) Encaminhar casos suspeitos e confirmados para acompanhamento com equipe específica do Programa de Atenção a Acidentes e Violências (PAV) - enfermeiros;
- c) Solicitar apoio e matriciamento da equipe do NASF para acompanhamento dos casos;
- d) Casos de violência sexual deverão ser encaminhados ao serviço de emergência dos hospitais regionais ou do serviço de referência para realização de testes diagnósticos para gravidez, sífilis, HIV e hepatites, para profilaxia contra HIV e DST, para avaliação de imunização contra Hepatite B e fornecimento de contracepção de emergência (enfermeiros);
- e) Identificar fatores de risco e de proteção para violências, incluindo violências domésticas e urbanas, psicológicas, físicas e sexuais, e para acidentes, incluindo acidentes domésticos e de trânsito (enfermeiros);
- f) Prestar esclarecimentos, promover ações educativas e preventivas, inclusive sobre programas da internet que possam expor os adolescentes frente à pedofilia e outros jogos sexuais de risco;
- g) Encaminhar os casos identificados de adolescentes em situação de vulnerabilidade ou que sofreram violências para a rede de proteção social e de garantia de direitos, incluindo Conselhos Tutelares, CREAS, CRAS e outros afins (enfermeiros).

V. Identificação e acompanhamento de adolescentes cumprindo medida socioeducativa

- Atuar de acordo com a legislação federal que institucionaliza a política de atenção à saúde de adolescentes cumprindo medida socioeducativa e do Plano Operativo Distrital (POD) que define as ações dessa política no Distrito Federal;
- Articular ações intersetoriais para atuar nos casos de adolescentes cumprindo medida socioeducativa.

VI. Avaliação do estado nutricional de adolescentes

- Realizar inquérito alimentar e investigar hábitos na anamnese biopsicossocial da consulta de adolescentes (médicos, enfermeiros e nutricionistas);
- Analisar dados antropométricos avaliados e as curvas de crescimento (enfermeiros);
- Realizar ações educativas e de orientação nutricional nas escolas, utilizando como ferramenta também a “Caderneta de Saúde de Adolescentes” e outras publicações recomendadas pelo Ministério da Saúde, Saúde de Adolescentes e Gerência de Nutrição da SES-DF.

VII. Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes

- Articulação de parcerias intersetoriais para o desenvolvimento de ações educativas em saúde sexual e saúde reprodutiva e de promoção da saúde, facilitando o acesso de

adolescentes às unidades de saúde, ampliando e aprimorando a atuação do Programa Saúde na Escola;

- Atuar de acordo com os pressupostos do plano de atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes no DF e com as orientações básicas da publicação do MS “Cuidando de Adolescentes na Rede Cegonha”;
- No caso de adolescentes gestantes, garantir ações de assistência relacionadas a essa particularidade, conforme POP Atenção à Mulher com Gestação de Risco Habitual;
- Propiciar a inclusão do adolescente masculino nas ações relacionadas ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério, de modo a incentivar a paternidade responsável – POP Paternidade Ativa;
- Orientar sobre riscos do abortamento provocado e sobre o aborto legal em casos de estupro;
- Estimular o uso da “Caderneta de Saúde da Adolescente” para ações educativas, abordagem da evolução sexual e para controle dos ciclos menstruais;
- Abordar sobre a promoção da sexualidade saudável, com associação da relação afetiva e sexual, planejamento da primeira relação sexual e das consecutivas e outros temas relacionados;
- Orientar e fornecer métodos contraceptivos, de acordo com a escolha informada e também sobre a contracepção de emergência e reforçar a dupla proteção;
- Abordar sobre projeto de vida como estímulo ao planejamento sexual e reprodutivo;
- Incluir adolescentes e jovens nas ações coletivas e individuais, de prevenção e acompanhamento de DST/AIDS e hepatites, se for necessário;
- Realizar grupos de gestantes, com a finalidade de orientação, troca de experiência e melhoria na adesão ao pré-natal;
- Possibilitar livre acesso aos preservativos pelos adolescentes, evitando entraves burocráticos na entrega;
- Orientar os pais ou responsáveis legais de adolescentes que buscam orientações pertinentes sobre saúde sexual, garantindo o direito ao sigilo e autonomia do adolescente;
- Considerar adolescentes grávidas menores de 14 anos de alta vulnerabilidade, devido maiores riscos materno-fetais. O acompanhamento deve ser feito no pré-natal de baixo risco, porém, com maior atenção: agendar consultas mais frequentes e realizar visita domiciliar, quando necessária;
- Orientar quanto aos direitos da adolescente gestante: escola e acompanhamento na maternidade;
- Estimular o uso de preservativos e discutir projeto de vida e planejamento familiar.

VIII. Atenção à saúde mental

- Propor grupos de promoção à saúde para que as questões típicas de adolescência não sejam confundidas com distúrbios comportamentais;
- Atuar preventivamente em grupos familiares para que demandas dos pais sejam acolhidas e orientadas no manejo das características da adolescência que fomentam conflitos familiares;
- Ofertar grupos temáticos e terapêuticos de promoção, prevenção e tratamento em saúde mental, priorizando o acolhimento, a inserção social e a produção de autonomia;
- Identificar fatores de risco e de proteção ao uso de drogas psicoativas;

IX. Manejo dos diagnósticos mais comuns na adolescência

- Rastrear nas anamneses da enfermagem os agravos mais comuns na adolescência e ficar atento nas situações de vulnerabilidade (tentativa de suicídio, transtornos mentais, violência etc.);
- Sensibilizar os adolescentes para acompanhamento da própria progressão puberal e detecção precoce de problemas acima descritos (enfermeiros);
- Após avaliação do médico, encaminhar imediatamente para hospital ou UPA casos de:
 - a) Escroto agudo, abortamentos, crises de abstinência, crises psicóticas, insuficiência respiratória aguda, crise hipertensiva, cetoacidose diabética, choque anafilático, Trauma Crânio Encefálico, queimaduras extensas, Parada Cardiorrespiratória;
 - b) Propiciar na alta hospitalar o agendamento da consulta do adolescente para acompanhamento na UBS.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidando de Adolescentes na Rede Cegonha – versão preliminar**. Brasília, 2013.

_____. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**. Brasília, 2012.

Secretaria de Estado de Saúde do DF. **Plano de Ação da Rede Cegonha do Distrito Federal**. Brasília, 2012.

1.4 Atenção à Mulher com Gestação de Risco Habitual

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

Objetivo

Normatizar procedimento padrão no atendimento à mulher com gestação de risco habitual, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), pela equipe de enfermagem.

1. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

2. Responsáveis

Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem

3. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

4. Descrição do Procedimento

4.1 Atribuição do Enfermeiro

- a) Realizar atenção à saúde da gestante na UBS, atividades em grupo e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros);
- b) Realizar consulta de enfermagem de pré-natal de risco habitual;
- c) Prescrever medicamentos, solicitar exames complementares e encaminhar a outros serviços de saúde quando necessário, observadas as disposições legais da profissão e as diretrizes no Protocolo de Pré-Natal de Risco Habitual;
- d) Realizar os testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV, fornecendo aconselhamento pré e pós-teste;
- e) Avaliar a situação vacinal da gestante;
- f) Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para o serviço de referência;
- g) Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico, conforme Protocolos de Rastreamento desses dois agravos (Vide POP's);

- h) Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- i) Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- j) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe sobre a saúde da gestante;

4.2 Atribuição do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- a) Participar das atividades de atenção à saúde, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros);
- b) Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- c) Realizar ações de educação em saúde (individuais ou em grupo) às gestantes, parceiros/as (quando houver), conforme planejamento da equipe;
- d) Verificar o peso, a altura e a pressão arterial e anotar os dados na Caderneta da Gestante e sistema de informação vigente;
- e) Realizar os testes rápidos de gravidez e encaminhar para consulta de enfermagem caso resultado positivo;
- f) Realizar os testes rápidos para sífilis, HIV e Hepatites, encaminhando para o enfermeiro caso o resultado seja positivo;
- g) Avaliar a situação vacinal da gestante;
- h) Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- i) Informar o enfermeiro ou o médico da equipe caso a gestante apresente algum sinal de alarme (febre, calafrios, alteração de pressão arterial, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes ou dor ao urinar);
- j) Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente

5. Procedimentos

- a) Consultas de Pré-Natal em cada trimestre (descritos detalhadamente no Protocolo de Atenção à Saúde Pré-Natal de Risco Habitual, Puerpério e Cuidado ao Recém-Nascido/SES-DF);
- b) Inclusão do parceiro no Pré-Natal (Vide POP Paternidade ativa);
- c) Mensuração da Pressão Arterial (Vide POP Hipertensão Arterial);
- d) Cálculo da Idade Gestacional

Material:

- Caderneta da Gestante

Descrição da Técnica:

- a) Na ausência de programas de prontuário eletrônico ou outro aplicativo: Realizar o seguinte cálculo: somar o número de dias decorridos entre a DUM*(data da última menstruação) e a data na qual se quer avaliar essa idade. Dividindo-se esse número por 7, obtém-se a idade gestacional em semanas. O que sobrar dessa operação, considera-se como dias;
- b) Registrar o resultado no Prontuário e na Caderneta da Gestante;
- c) Informar a gestante e esclarecer dúvidas;
- d) DUM*: para o cálculo acima leva-se em consideração o primeiro dia da última menstruação.

I. Cálculo da data provável do parto (DPP):

Material:

- Caderneta da Gestante

Descrição da Técnica:

- a) Realizar o seguinte cálculo: Somar 7 ao dia da DUM e subtrair 3 ao número referente ao mês em que ela ocorreu;
- b) Exemplo: DUM: 10/09: Cálculo para a data: $10+7=17$. Cálculo para o mês: o mês da DUM é 09: $9-3=6$. A DPP é 17 de junho;
- c) Exemplo de exceção: DUM 25/12. Cálculo para a data: $25+7=32$, sendo o mês de dezembro de 31 dias, a DPP será no dia subsequente, ou seja, 1º. Cálculo para o mês: como o cálculo para o dia ultrapassou o nº normal de dias do mês, nesse caso subtraí-se, 2, ao invés de 3 para achar o mês da DPP. Cálculo para o mês: o mês da DUM é 12: $12-2=10$. A DPP é 1º de outubro;
- d) Se a DUM ocorre entre janeiro e março, ao invés de somar 7 e subtrair 3, somar 7 a data da DUM e somar 9 a ao mês;
- e) Sendo ano bissexto, o cálculo altera: acrescenta 6 e subtrai 2;
- f) Quando a DUM ocorre entre abril e dezembro, para o cálculo do mês da data provável do parto, é preciso lembrar que o parto ocorrerá no ano seguinte;
- g) Registrar o resultado no Prontuário e na Caderneta da Gestante;
- h) Informar a gestante e esclarecer dúvidas.

II. Aferição da Altura Uterina (AU)

Materiais:

- Fita métrica de material não extensível;
- Caneta;
- Caderneta da Gestante.

Descrição da Técnica:

- a) Orientar para a gestante esvaziar a bexiga;
- b) Orientar para a gestante deitar na maca em decúbito dorsal, com pernas estendidas e paralelas;
- c) Localizar o fundo do útero da gestante;
- d) Estender a fita métrica desde o bordo superior da sínfise púbica até o fundo uterino, delimitado pela borda cubital da mão esquerda em perpendicular ao fundo do útero (sem comprimir);
- e) Registrar o resultado no Prontuário e na Caderneta da Gestante;
- f) Informar a gestante e esclarecer dúvidas.

III. Manobra de Leopold**Descrição da Técnica:**

- a) Delimitar o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
- b) Deslizar as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
- c) Explorar a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
- d) Determinar a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

IV. Avaliação de batimentos cardio-fetais (BCF)**Materiais:**

Sonar de *doppler*, gel, papel toalha, caneta, Caderneta da Gestante

Descrição da Técnica:

- a) Orientar a gestante para deitar em decúbito dorsal*;
- b) Espalhar o gel no abdome da gestante;
- c) Ligar o sonar e proceder a busca do foco;
- d) Quando o foco for localizado, contar os BCF durante um minuto;
- e) Oferecer papel toalha a gestante e ajudá-la a retirar o gel;
- f) Desligar o Sonnar;
- g) Registrar no Prontuário e na Caderneta da Gestante;
- h) Informar a gestante e esclarecer dúvidas;
- i) Recolher e descartar o material utilizado.

Observações

- É considerada normal a variação de BCF entre 120 e 160 bpm;
- Na APS, a avaliação dos BCF pode ser feita - por meio do Sonar Doppler - a partir da 12ª semana gestacional;
- Quando utilizar o estetoscópio de *Pinnard*, a avaliação de BCF se dará a partir da 18ª semana de gestação;
- Para gestantes obesas, pode-se retardar a avaliação;
- Se a gestante tiver dificuldade de permanecer em decúbito dorsal durante o exame, pode-se posicioná-la em decúbito lateral esquerdo.

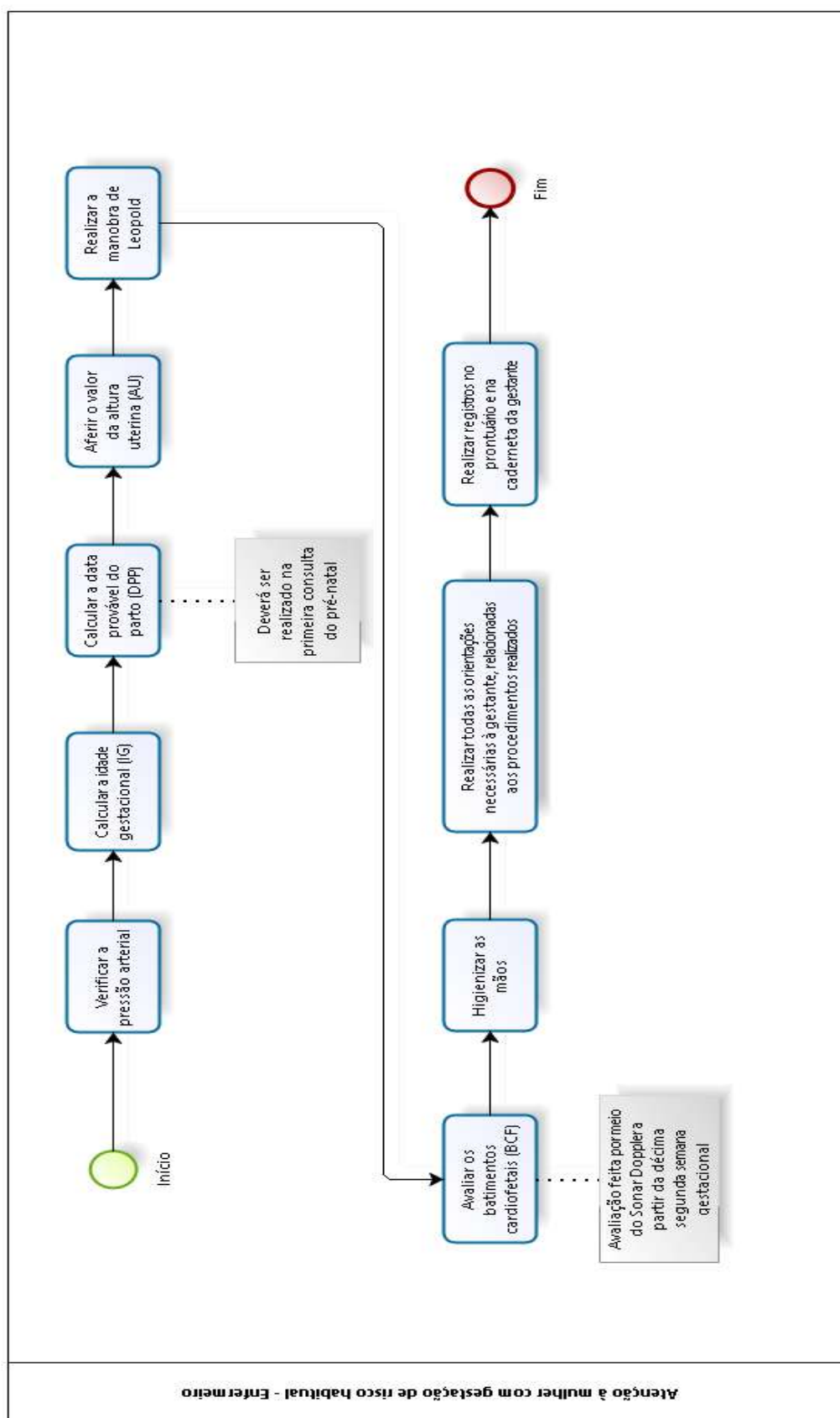
6. Recomendações/Observações

- a) Os roteiros para consulta nos 3 trimestres de gestação estão descritos no Protocolo de Atenção à Saúde Pré-Natal de Risco Habitual, Puerpério e Cuidado ao Recém-nascido da SES-DF.
- b) As consultas de pré-natal de risco habitual devem ser realizadas por enfermeiros e médicos, de maneira intercalada até o momento do parto.
- c) Recomenda-se a realização mínima de sete consultas durante o pré-natal, sendo a periodicidade destes atendimentos mensal para até 28 semanas de idade gestacional (IG), quinzenal da 28ª a 36ª semana e semanal da 36ª até o parto.
- d) Não há, em nenhuma hipótese, alta do pré-natal. Se a gestante for encaminhada para atendimento no alto-risco deverá ser mantido o vínculo da mesma com a APS.
- e) Realizar exame ginecológico na gestante (inspeção dos genitais externos e exame especular).
- f) Avaliar a necessidade de coleta de material para exame colpocitopatológico e toque vaginal, se necessário.

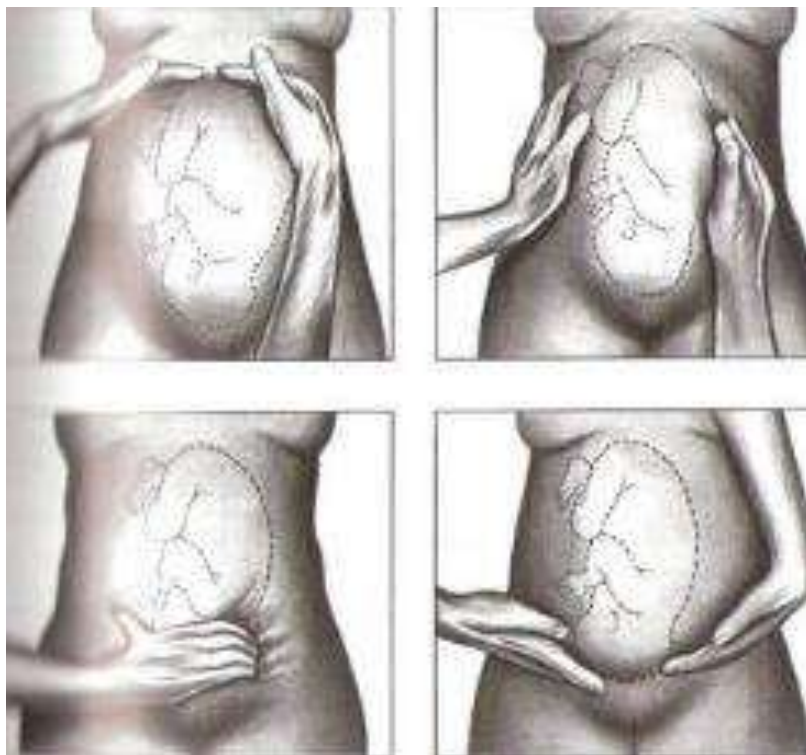
7. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

8. Fluxograma



ANEXO - Figura 1



Fonte: Caderno de Atenção Básica Nº 32/MS

Procedimento Operacional Padrão

1.5 Atenção à Mulher no Puerpério e Pós Abortamento

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Normatizar procedimento padrão no atendimento à mulher durante o puerpério e em pós abortamento, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), pela equipe de enfermagem.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Descrição do Procedimento

5.1- Atribuição do Enfermeiro

- Realizar atenção à saúde da puérpera e da mulher em pós abortamento, na UBS e/ou domicílio;
- Acolher a puérpera e a mulher em pós abortamento;
- Realizar consulta de enfermagem de puerpério e da mulher em pós abortamento;
- Prescrever medicamentos, solicitar exames e encaminhar a outros serviços de saúde quando necessário, observadas as disposições legais da profissão e as diretrizes no Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher no Pré-Natal de Risco Habitual, Puerpério e Cuidado ao Recém-nascido;
- Avaliar a evolução da puérpera e da mulher, pós abortamento;
- Identificar as puérperas e as mulheres em pós abortamento com alguma alteração relacionada, orientá-las e realizar procedimentos necessários e/ou encaminhá-las para profissional médico ou serviço de referência;

- Orientar as puérperas, a mulher em pós abortamento e a equipe quanto aos sinais de alerta, possíveis complicações e vulnerabilidades;
- Orientar as puérperas e a equipe quanto ao aleitamento materno;
- Orientar as puérperas, a mulher pós abortamento e a equipe quanto a atividade sexual e aos métodos contraceptivos para planejamento reprodutivo;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e de outros membros da equipe sobre a saúde da mulher durante o puerpério e pós abortamento.

5.2- Atribuição do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Participar das atividades de atenção à saúde, realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e/ou domicílio;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- Realizar ações de educação em saúde às puérperas, mulher em pós abortamento, e parceiro/a quando houver;
- Verificar a pressão arterial e anotar no prontuário e sistema de informação vigente;
- Avaliar a situação vacinal da puérpera, do parceiro e da mulher em pós abortamento;
- Identificar eventuais complicações e situações de vulnerabilidade e encaminhar a puérpera e a mulher em pós abortamento para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

6. Procedimentos

- Consultas de Puerpério, sendo a primeira até o 10º dia pós-parto e a segunda até o 42º dia pós-parto (descritos detalhadamente no Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher no Pré-Natal de Risco Habitual, Puerpério e Cuidado ao Recém-Nascido/SES-DF);
- Consulta de enfermagem a mulher em pós abortamento;
- Inclusão do parceiro no Puerpério (Vide POP Paternidade ativa);
- Mensuração da Pressão Arterial (Vide POP Hipertensão Arterial);

7. Recomendações/Observações

- a) Os roteiros para consulta de puerpério e da mulher, pós abortamento, estão descritos no Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher no Pré-Natal de Risco Habitual, Puerpério e Cuidado ao Recém-nascido da SES-DF.
- b) As consultas de puerpério e da mulher, pós abortamento, podem ser realizadas por enfermeiros e/ou médicos.

- c) Avaliar a necessidade de coleta de material para atualização do calendário de exames preventivos do câncer do colo do útero, nas usuárias durante o puerpério e em pós abortamento.
- d) Em caso de Pós-Abortamento (gestação interrompida até a vigésima semana ou peso fetal abaixo de 500gr) o foco da atenção à mulher se refere a acompanhar a involução uterina, loquiação e orientar/disponibilizar insumos para o planejamento reprodutivo.
- e) Caso haja queixa mamária, avaliar a necessidade de orientação para uso de um “Top” bem ajustado para inibir a produção láctea e observar sinais e sintomas de ingurgitamento mamário ou mastite.
- f) A mulher e a família em situação de pós abortamento demandam ainda, acolhimento, escuta qualificada e apoio emocional da equipe de saúde, sem julgamento ou imposição de valores. Se necessário, encaminhamento para serviço de saúde mental e realização de grupos comunitários de apoio.
- g) Nos casos de abortamento espontâneo, a partir do terceiro episódio, a mulher deve ser orientada acerca da necessidade de avaliação especializada, pela possibilidade da existência de uma doença autoimune, genética ou infecciosa.
- h) Se a usuária desejar nova gestação, encaminha-la ao serviço de reprodução humana.
- i) No caso das puérperas cujo feto foi natimorto ou óbito neonatal, o foco da atenção à mulher se refere a acompanhar a involução uterina, loquiação, orientar/disponibilizar insumos para o planejamento reprodutivo e quanto aos cuidados com as mamas; observar sinais e sintomas de ingurgitamento mamário ou mastite (Vide POP).
- j) No caso de puérperas HIV+ e HTLV+, seguir Protocolo SES/DF para DST.
- k) Investigar nas consultas de puerpério e da mulher em pós abortamento, e nos registros da Caderneta da Gestante, a ocorrência de eventos durante a gestação, que indiquem necessidade de vigilância pela APS no seguimento dessas usuárias: hipertensão arterial, diabetes, doença exantemática, doença autoimune, violência doméstica, entre outras.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento – Norma Técnica** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 59 p.

1.6 Estímulo a Paternidade Ativa

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de acolhimento e vinculação do parceiro da mulher ao pré-natal do parceiro, desde o diagnóstico da gravidez, e integrá-lo às ações realizadas durante o acompanhamento do pré-natal, parto, puerpério e do crescimento e desenvolvimento (CD) infantil, favorecendo e estimulando o acesso do parceiro aos serviços de saúde.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Atribuições do Enfermeiro

- Supervisionar as ações de enfermagem;
- Realizar o teste rápido de gravidez;
- Realizar o teste rápido para HIV, sífilis e hepatite;
- Solicitar exames de rotina;
- Atualizar cartão vacinal;
- Incentivar participação do homem nas ações de pré-natal, parto, puerpério e CD.

6. Atribuições do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Auxiliar o enfermeiro em todas as suas atribuições;
- Realizar teste rápido de gravidez;
- Atualizar cartão vacinal;
- Incentivar a participação do homem nas ações de pré-natal, parto, puerpério e CD;
- Agendar retorno para entrega de exames.

7. Descrição do Procedimento

- a) Teste rápido de gravidez da parceira (vide POP Teste Rápido de Gravidez):

- Resultado negativo – vincular o parceiro às ações de saúde da UBS;
 - Resultado positivo – vincular o parceiro à rotina de pré-natal.
- b) Acolhimento do parceiro:
- Acolher e buscar envolver o pai/parceiro desde o momento que o teste de gravidez é realizado, permitindo que ele se identifique com a proposta de cuidar e comece a criar vínculos com seu futuro filho/a. Essa estratégia deve ser apresentada a mulher e ser adotada com seu consentimento;
 - Estar atento às particularidades do gênero masculino e criar vínculo entre o profissional de enfermagem e o parceiro;
 - Explicar para a gestante e o futuro pai os benefícios da participação dele em todas as etapas da gestação, incluindo as consultas de pré-natal e o momento do parto (Lei do Acompanhante);
 - Apresentar ao parceiro os textos disponíveis (sobre o ciclo gravídico) na Caderneta da Gestante;
 - Estimular que o pai compareça aos serviços de saúde para consultas médicas e vacinação.
- c) Realização de testes rápidos do parceiro (vide POP de testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C. A realização da testagem rápida possibilita a hipótese diagnóstica (ou confirmação de diagnóstico) para o encaminhamento ao fluxo de diagnóstico e tratamento.
- d) Realização de exames de rotina do parceiro
- ABO-RH; Glicemia; VDRL; Hepatite C; Hepatite B-HBsAg; Hemograma; Lipidograma; Dosagem de colesterol HDL; Dosagem de colesterol LDL; Dosagem de colesterol total.
- e) Atualização do cartão de vacina do parceiro (vide POP vacinação):
- Febre amarela;
 - Hepatite B – 3 doses;
 - DT – Dupla tipo adulta;
 - SRC Tríplice viral.
- f) Incentivar participação do parceiro, sempre com consentimento da mulher gestante:
- Nas atividades educativas;
 - Nas consultas, exames e palestras do pré-natal;
 - No parto;
 - No puerpério;
 - No crescimento e desenvolvimento infantil.

8. Recomendação

Caso o parceiro não seja presente durante o pré-natal, o profissional de enfermagem deverá incentivar e promover meios para que este indivíduo se integre, desde que a gestante concorde, em conformidade com a Lei do Acompanhante.

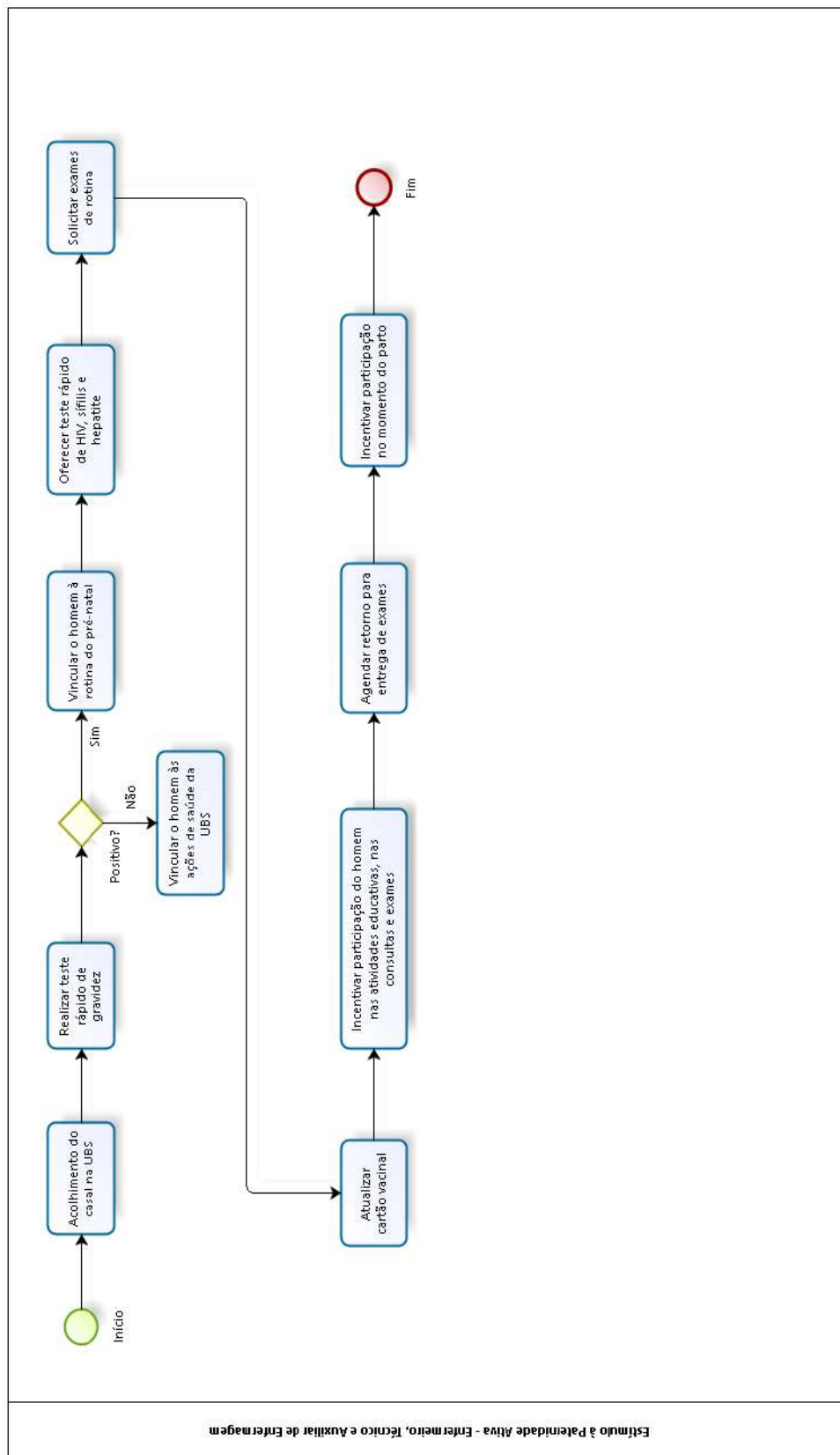
9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.994 de 27 de agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante.** 3ª Edição. Brasília/DF, 2016.
Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. **Política Distrital de Atenção Integral à Saúde do Homem (proposta).** Brasília, DF, 2013.

10. Fluxograma



1.7 Extração Manual do Leite Humano

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de extração manual do leite humano.

2. Finalidade do Procedimento

- Extrair e coletar o leite humano de forma adequada;
- Estimular produção láctea quando o bebê for afastado da mãe;
- Evitar problemas decorrentes do inadequado esvaziamento mamário.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos ou consultório

5. Responsáveis

Enfermeiro, nutricionista, técnico ou auxiliar de enfermagem

6. Materiais

- Frasco de vidro esterilizado ou fervido por 15 (quinze) minutos (contados a partir do início da fervura) e posteriormente resfriado e seco naturalmente;
- Luvas descartáveis;
- Máscara descartável;
- Touca descartável;
- Avental.

7. Descrição do Procedimento

- a) Orientar a mulher nutriz a prender os cabelos com gorro, touca de banho ou pano amarrado e proteger a boca e narinas com máscara, fralda de tecido ou pedaço de pano;
- b) Solicitar à mulher nutriz que retire adornos (anéis, pulseiras e relógios);
- c) Solicitar à mulher nutriz que lave as mamas apenas com água corrente;
- d) Solicitar à mulher nutriz que lave as mãos e antebraços com água corrente e sabão neutro até os cotovelos (as unhas devem estar curtas, limpas e sem esmaltes) e secar;

- e) Esfregar as mãos com álcool a 70% e esperar secar (recomendável);
- f) Colocar gorro e máscara, retirar adornos, lavar as mãos com água e sabão e utilizar luvas descartáveis antes da extração manual (profissional);
- g) Verificar se a mulher nutriz está em posição confortável, com os ombros relaxados. Em caso negativo, auxiliá-la ou sugerir-lhe que encontre uma posição mais cômoda;
- h) Posicionar os dedos indicador e médio na região areolar e iniciar massagens circulares até chegar à base do peito. A massagem também pode ser feita com as palmas das mãos em toda a mama;
- i) Quando começar a sair leite pelo mamilo, colocar o dedo polegar no limite superior da aréola e o indicador no limite inferior, pressionando o peito em direção ao tórax;
- j) Aproximar a ponta dos dedos polegar e indicador, pressionando de modo intermitente os reservatórios de leite (estes movimentos devem ser firmes, tipo apertar e soltar, mas não devem provocar dor, caso ocorra, a técnica está incorreta);
- k) Desprezar os primeiros jatos de leite (0,5 a 1 ml);
- l) Abrir o frasco com técnica asséptica;
- m) Colocar a tampa voltada para cima sobre mesa ou bancada;
- n) Mudar de 5 (cinco) em 5 (cinco) minutos, aproximadamente, a posição dos dedos (de superior e inferior, para lateral direita e esquerda, e para a posição oblíqua);
- o) Evitar puxar ou comprimir o mamilo, fazer movimentos de deslizar ou esfregar a mama;
- p) Tampar o frasco de vidro com o leite extraído;
- q) Preencher o rótulo (nome da nutriz e data de extração);
- r) Colocar o frasco no freezer;
- s) No caso de novas coletas para complementação do volume já coletado anteriormente, usar outro frasco esterilizado;
- t) Ao final da coleta, despejar o leite extraído no frasco com leite congelado e levá-lo imediatamente ao congelador;
- u) Orientar a mulher nutriz a utilizar o leite para o próprio filho até 15 (quinze) dias após a primeira extração ou entregar ao Banco de Leite Humano até o 13º dia para que seja pasteurizado até quinze dias da extração inicial.

8. Observações

- a) Evitar conversas durante a extração manual.
- b) Não preencher toda a capacidade do frasco, deixando de 2 a 3 (dois a três) cm abaixo da borda.

9. Referência

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília: 2007.

1.8 Assistência de Enfermagem no Manejo ao Ingurgitamento Mamário

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o procedimento para atendimento à puérpera com quadro de ingurgitamento mamário.

2. Finalidade do Procedimento

Aliviar o desconforto provocado por uma mama muito cheia evitando intercorrências mais graves.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos ou consultório, residência

5. Responsáveis

Enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem

6. Materiais

- Avental;
- Touca;
- Máscara;
- Compressas limpas;
- Vidro para coleta esterilizado.

7. Descrição do Procedimento

- a) Massagear delicadamente as mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento (elas fluidificam o leite viscoso acumulado facilitando sua retirada, e são importantes estímulos do reflexo de ejeção do leite);
- b) Ordenhar manualmente a aréola se estiver tensa antes da mamada, para que fique macia facilitando a pega adequada do bebê;
- c) Orientar mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (livre demanda);

- d) Orientar o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes para alívio da dor e manutenção dos ductos em posição anatômica.

8. Recomendações/Observações

- a) A técnica de amamentação adequada, previne o ingurgitamento mamário.
- b) O uso de suplementos (para o bebê) durante os intervalos de amamentação (água, chás e outros tipos de leite) são contraindicados.

9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2011. 4 v.

PEREIRA, M.J.B; REIS, M.C.G. **Manual de procedimentos**: prevenção e tratamento das intercorrências mamárias na amamentação. 1998, 46p.

Procedimento Operacional Padrão

1.9 Assistência à Puérpera Acometida de Mastite

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o procedimento para atendimento à puérpera com quadro de mastite.

2. Finalidade do Procedimento

Normatizar as condutas realizadas pela equipe da UBS, no atendimento voltado a puérperas acometidas por Mastite, a fim de aliviar o desconforto provocado por uma mama em processo inflamatório; evitando assim um processo infeccioso e/ou abscesso mamário.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de procedimento ou consultório, residência

5. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e médico

6. Materiais

- Avental;
- EPI – Equipamento de Proteção Individual (máscara, gorro, óculos e luvas);
- Materiais destinados à aplicação de compressas frias/úmidas: água, gelox, bacia limpa, compressas de tecido.

7. Descrição do Procedimento

- a) Oferecer ambiente reservado;
- b) Colocar EPI;
- c) Explicar a paciente sobre o procedimento de extração manual e sanar suas dúvidas;
- d) Higienizar as mãos;
- e) Massagear delicadamente a mama com a ponta dos dedos, em movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento;
- f) Iniciar a massagem da região aureolo-mamilar em direção a área bloqueada;

- g) Encorajar a lactente para auxiliar na ejeção láctea;
- h) Colocar a criança para amamentar, auxiliando nesse processo e em situações que a mama estiver tensa, realizar extração manual, para que ela fique macia, facilitando assim, a pega adequada do bebê;
- i) Orientar a lactante a optar por mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (livre demanda), iniciando o aleitamento pela mama não afetada;
- j) Informar à lactante que o leite extraído poderá ser utilizado para o próprio filho, se necessário;
- k) Orientar a lactante a realizar crioterapia (aplicação de compressas frias/úmidas) em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas:
- l) Preparar solução com água e gelo, umidificar compressa nesta solução e aplicar sobre as mamas. Em situações de maior gravidade, podem ser feitas de duas em duas horas com a atenção de não ultrapassar 20 minutos de aplicação.

8. Recomendações/Observações

- a) Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção.
- b) O uso de bomba está contraindicado no caso de haverem escoriações mamilares.
- c) Orientar a lactante a fornecer suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica.
- d) Informar a lactante quanto ao uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios, conforme a prescrição médica.
- e) Envolver o parceiro (caso tenha) na extração manual e motivá-lo a ajudá-la nos afazeres domésticos, para que a mãe tenha um período adequado de descanso.
- f) Orientar a mãe quanto à importância do apoio emocional, repouso e hidratação.
- g) Orientar a mãe a não utilizar compressa quente em mamas e optar por banho morno e/ou frio, explicando para a mesma o motivo de tal conduta.
- h) Preferencialmente, a mama deve ser esvaziada pelo próprio lactente, pois, apesar da presença de bactérias no leite materno, quando há mastite, a manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio.
- i) Se não houver regressão dos sintomas após 48 horas do início da antibioticoterapia, deve ser considerada a possibilidade de abscesso mamário e de encaminhamento para unidade de referência, para eventual avaliação diagnóstica especializada e revisão da antibioticoterapia.
- j) Diante dessa situação, é importante que o profissional agende retorno da mãe à unidade de saúde e que a unidade ofereça acesso sob demanda espontânea, para garantir a continuidade do cuidado.

- k) O leite extraído da mama não deverá ser doado ao BLH (Banco de Leite Humano) até que a mãe finalize o tratamento medicamentoso e obtenha melhora dos sintomas.

9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 23- Saúde da Criança, Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2ª edição Brasília – DF- 2015.

PEREIRA, M.J.B; REIS, M.C.G. **Manual de procedimentos: prevenção e tratamento das intercorrências mamárias na amamentação**. 1998, 46p.

REICH, L. B. X. Procedimento Operacional Padrão (POP) - **Assistência de Enfermagem. Assistência de Enfermagem no Manejo da Mastite**. NEPEN/DE/HU. Versão: 01- 2015.

1.10 Exame Clínico de Mamas para Rastreamento do Câncer de Mama

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de exame clínico de mamas com vistas a identificar grupos de risco para adoção de estratégias de rastreamento do câncer de mama por detecção precoce, para redução das taxas de mortalidade, de risco habitual e de risco elevado.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro e médico

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Descrição do Procedimento

5.1 Exame Clínico das mamas:

- a) Higienizar as mãos;
- b) Encaminhar a (o) paciente para mesa de exames e orientá-la (o) quanto às etapas do procedimento;
- c) Realizar o exame nas etapas seguintes:
 - I. **Inspeção estática:** realizada com a (o) paciente sentada (o) com braços paralelos ao corpo. As mamas devem ser comparadas observando assimetrias, diferenças na cor da pele, textura e padrão da circulação venosa;
 - II. **Inspeção dinâmica:** pedir para que a (o) paciente levante e abaixe os braços lentamente e contraia os músculos peitorais, comprimir as palmas das mãos uma contra outra diante do tórax;
 - III. **Palpação:** com a (o) paciente ainda sentada (o), deve-se palpar cadeias ganglionares axilares e supra claviculares. Com a (o) paciente deitada (o) em

decúbito dorsal, com as mãos sob a cabeça, deve-se realizar a palpação das mamas. Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos;

IV. **Expressão:** comprimir suavemente a região areolar para observar presença de secreções.

- d) Higienizar as mãos;
- e) Registrar as informações no prontuário da (o) paciente;
- f) Registrar informações no formulário do SISCAN com a atenção de conferir a identificação: nome completo, data de nascimento, nome da mãe, endereço, telefone e cartão SUS;
- g) Encaminhar quando necessário, à profissional de referência.

6. Recomendações/Observações

Alterações sugestivas de câncer de mama:

- a) Qualquer nódulo mamário: a descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização.
- b) Alteração unilateral na pele da mama, como: eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, distorções ou ulcerações do mamilo.
- c) Descarga papilar sanguinolenta, aquosa ou serosanguinolenta unilateral e espontânea: secreções poliductais, bilaterais e que são eliminadas com a expressão mamilar, são associadas às condições benignas.
- d) O autoexame das mamas não é indicado como estratégia para redução da mortalidade, mas a (o) paciente precisa ser orientada (o) pelo profissional quanto a ocorrência de sinais sugestivos de câncer de mama, como: nódulo ou espessamento que pareçam diferentes do tecido das mamas; mudança no contorno das mamas (retração, abaulamento); mudanças no mamilo (retração e desvio); secreção espontânea pelo mamilo (principalmente se for unilateral).
- e) O enfermeiro poderá solicitar mamografia de rastreamento conforme Protocolo de Detecção Precoce de Câncer de Mama do Distrito Federal por meio do formulário de Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). Aproveitar a oportunidade de coleta do exame de rastreamento do câncer de colo do útero para realizar exame clínico das mamas (Vide POP Rastreamento Câncer de Colo de Útero).

7. Referências

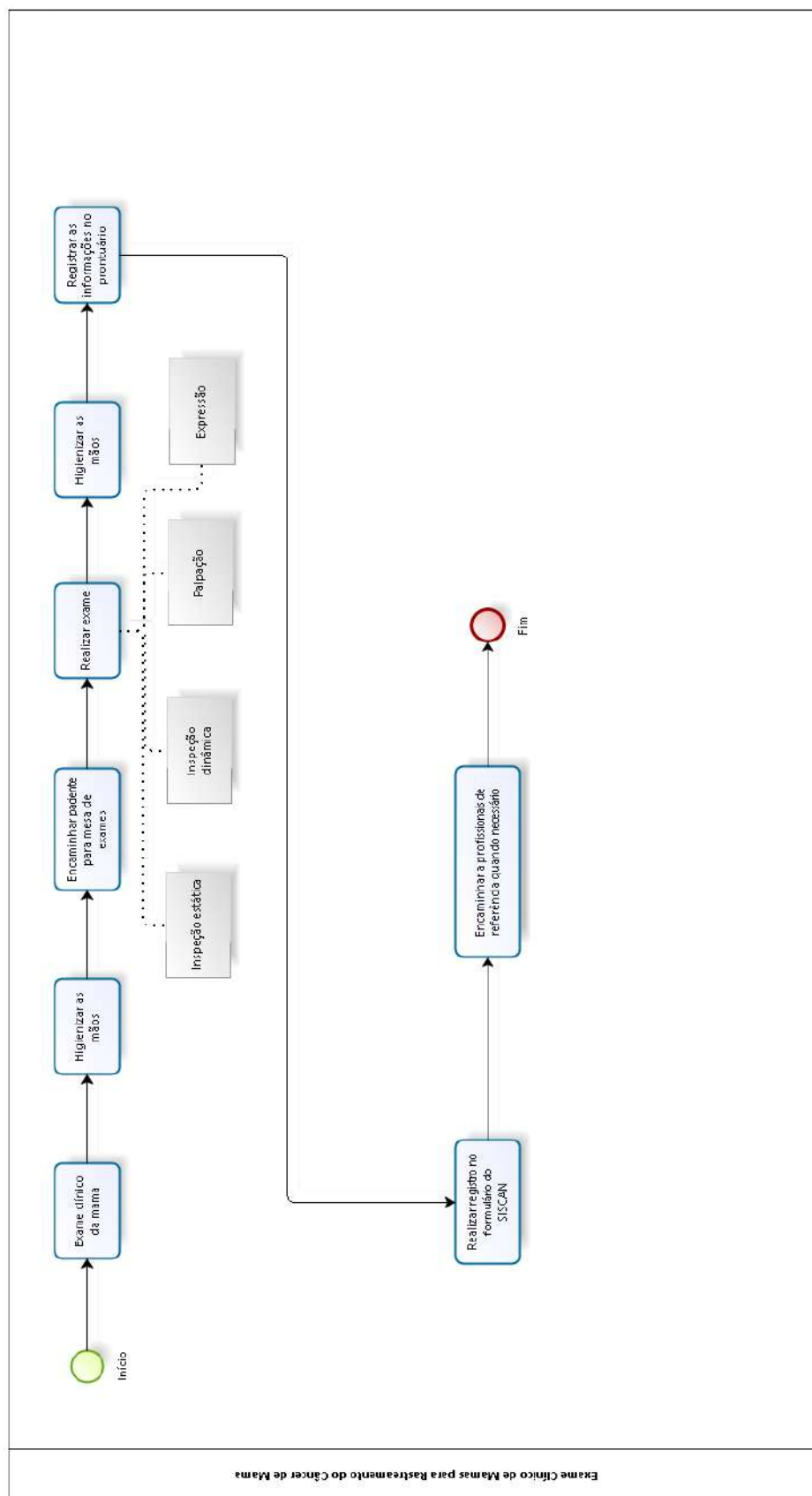
SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. **Protocolo de Atenção à Saúde – Detecção Precoce do Câncer de Mama.** Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011). Brasília, 2011.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília, 2004.

_____. **Protocolos de Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília, 2016.

8. Fluxograma



1.11 Aferição de Pressão Arterial Sistêmica (PAS)

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o procedimento para aferição de pressão arterial.

2. Finalidade do Procedimento

Identificar grupos de risco e adoção de estratégias de rastreamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) para redução das complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde e/ou domicílio

5. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

6. Materiais

- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Bandeja ou cuba rim;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Caderneta ou cartão de acompanhamento do paciente.

7. Descrição do Procedimento

- a) Realizar a desinfecção da bandeja ou cuba rim com álcool a 70%;
- b) Higienizar as mãos;
- c) Reunir o material necessário na bandeja ou cuba rim;
- d) Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso de 3 a 5 minutos em ambiente calmo;

- e) Instruir o paciente a não conversar durante a medição. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou depois do procedimento;
- f) Certificar-se de que o paciente:
- g) Esteja com a bexiga vazia;
- h) Não tenha praticado exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
- i) Não tenha ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- j) Não tenha fumado nos 30 minutos anteriores.
- k) Posicionar o paciente sentado ou deitado, com pernas descruzadas, dorso recostado na cadeira ou maca e relaxado;
- l) Colocar o braço na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima;
- m) Escolher o manguito adequado ao braço do paciente. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%;
- n) Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
- o) Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial;
- p) Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial;
- q) Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
- r) Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação;
- s) Proceder a deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo);
- t) Determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de *Korotkoff*) e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- u) Determinar a Pressão Arterial Diastólica (PAD) no desaparecimento dos sons (fase V de *Korotkoff*);
- v) Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;
- w) Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de *Korotkoff*) e anotar valores da PAS/PAD/zero;
- x) Realizar pelo menos duas verificações, com intervalo em torno de um minuto;
- y) Informar o valor de PAS obtido para o paciente;
- z) Realizar a desinfecção da bandeja, do estetoscópio e do esfigmomanômetro com álcool a 70%;
- aa) Higienizar as mãos;
- bb) Anotar no cartão/caderneta e no prontuário do usuário os valores exatos sem “arredondamentos”, além do braço em que a PAS foi medida.

8. Recomendações/Observações

- a) Para esfigmomanômetros semiautomáticos e automáticos, seguir recomendações do fabricante.
- b) As roupas não devem garrotear o membro em que irá se verificar a PAS.
- c) Medir a PAS na posição de pé, após 3 minutos, nos diabéticos, idosos e em outras situações em que a hipotensão ortostática possa ser frequente ou suspeitada.
- d) Medições adicionais deverão ser realizadas se as duas primeiras forem muito diferentes.
- e) Medir a pressão em ambos os braços na primeira consulta e usar o valor do braço onde foi obtida a maior pressão como referência.
- f) Recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com $PA \leq 120/80$ mmHg, e anualmente para aqueles com $PA > 120/80$ mmHg e $< 140/90$ mmHg.
- g) A medição da PA em crianças é recomendada em toda avaliação clínica após os três anos de idade, pelo menos anualmente, como parte do atendimento pediátrico primário, devendo respeitar as padronizações estabelecidas para os adultos. A interpretação dos valores de PA obtidos em crianças e adolescentes deve considerar idade, sexo e altura. Para a avaliação dos valores de PA de acordo com essas variáveis, devem-se consultar tabelas específicas.
- h) Não aferir a pressão arterial em membros que tiveram: fístula endovenosa; cateterismo; plegias; punção venosa; infusão de líquidos; membro que for do lado mastectomizado do paciente.

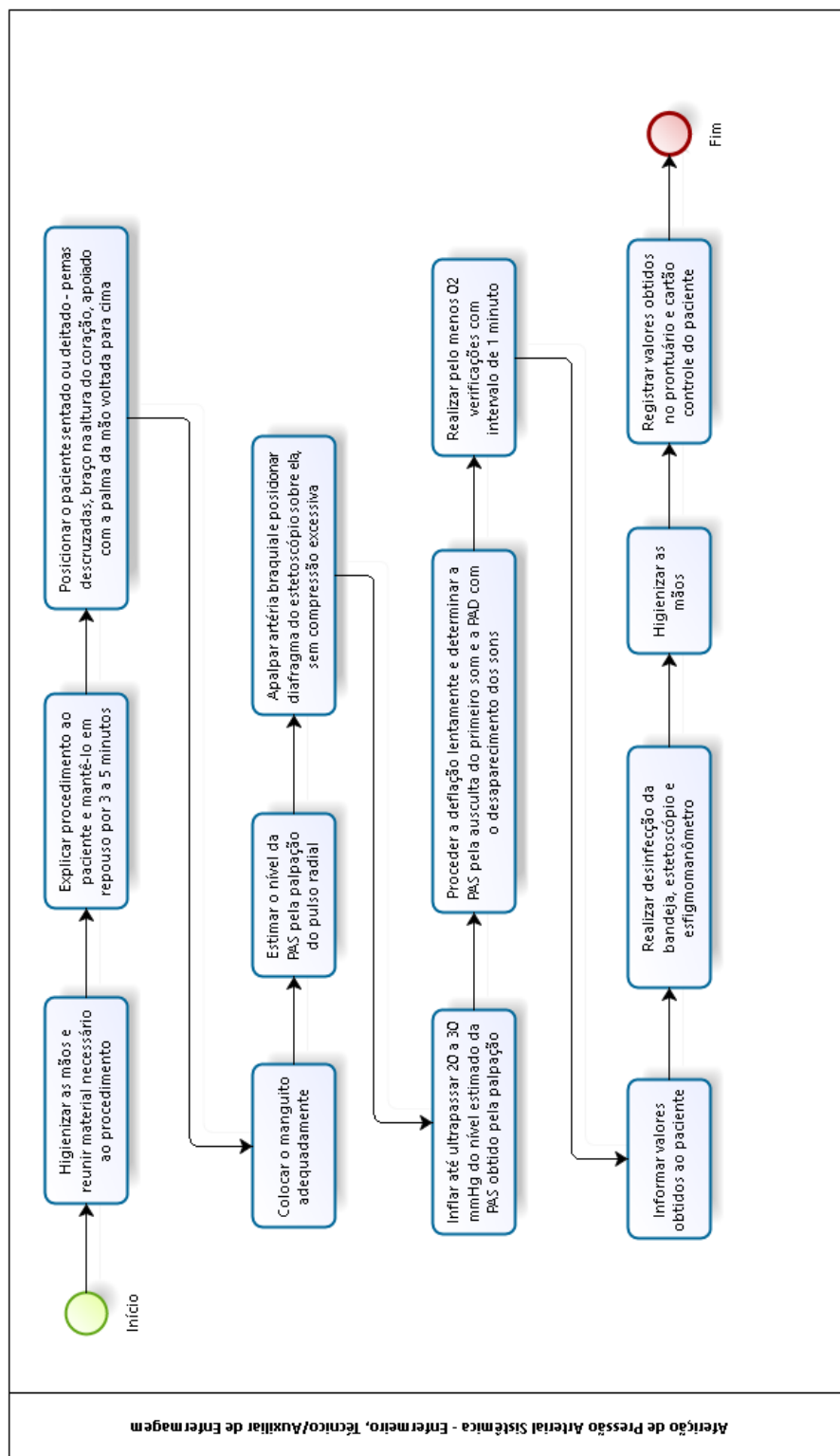
9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

MALACHIAS, MVB; SOUZA, WKS; PLAVNIK, FL; RODRIGUES, CIS; BRANDÃO, AA; NEVES, MFT. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arq. Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.

NEPEN. **Protocolo Operacional Padrão – Aferição da Pressão Arterial versão 1**. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Revisado em 2016. Disponível em:

10. Fluxograma



ANEXO - Tabela

Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	<130	< 85
Limítrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

1.12 Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13)

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar a aplicação do protocolo de identificação do idoso vulnerável.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsável

Enfermeiro

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Materiais

- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa;
- Formulário de identificação do idoso vulnerável.

6. Descrição do Procedimento

- a) Explicar ao idoso sobre a entrevista;
- b) Aplicar o formulário de Identificação do Idoso Vulnerável (ANEXO);
- c) Somar a pontuação e registrar no instrumento e prontuário;
- d) Indicar o ano que o teste foi realizado e registrar no gráfico;
- e) Realizar avaliação multidimensional do idoso caso a pontuação seja igual ou maior que três (03);
- f) Traçar projeto terapêutico singular com equipe e usuário e/ou família.

7. Recomendações/Observações

- a) Este protocolo deve ser aplicado na avaliação de toda pessoa idosa no âmbito da Atenção Primária do DF.
- b) O Formulário para aplicação do referido protocolo encontra-se na caderneta do idoso.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 3ª Edição. Brasília/DF, 2016.

MAIA, FOM; DUARTE, YAOD; SECOLI, SR; SANTOS, JLF; LEBRÃO, ML. **Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis**. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2012; 46 (Esp.):116-22.

Anexo

2.6 Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13)

						20	20	20	20	20
1. IDADE	De 60 a 74 anos	0								
	De 75 a 84 anos	1								
	≥ 85 anos	3								
2. AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE	Excelente	0								
	Muito boa	0								
	Boa	0								
	Regular	1								
	Ruim	1								
Em geral, comparando-se com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:										
3. LIMITAÇÃO FÍSICA										
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas?										
PONTUAÇÃO:										
As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima neste item é de 2 pontos, ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.										
	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer (não consegue fazer)					
						20	20	20	20	20
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se										
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg										
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro										
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos						Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)										
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas										

4. INCAPACIDADES										
PONTUAÇÃO:										
As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima neste tópico é de 4 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.										
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?						20	20	20	20	20
Sim.	4	Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.	0							
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou de pagar suas contas?										
Sim.	4	Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.	0							
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?										
Sim.	4	Não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.	0			Máx. 4 pts.	Máx. 4 pts.	Máx. 4 pts.	Máx. 4 pts.	Máx. 4 pts.
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?										
Sim.	4	Não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.	0							
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?										
Sim.	4	Não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.	0							

PONTUAÇÃO TOTAL (soma dos itens 1, 2, 3 e 4)	20	20	20	20	20
--	----	----	----	----	----

2.1 Atividade Educativa Coletiva na Atenção Primária

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivos

- Promover compreensão de situações que acometem pessoas e a comunidade segundo as diretrizes nacionais (puericultura, planejamento familiar, pré-natal, doenças crônicas, entre outros temas).
- Educar e potencializar o autoconhecimento e a gestão do estilo de vida que possibilite o controle das doenças, a reabilitação e autocuidado.
- Possibilitar a mudança de hábitos que favoreçam uma vida saudável.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, agente comunitário de saúde e outros membros da equipe (ações não exclusivas da enfermagem)

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde, espaços comunitários

5. Atribuição do Enfermeiro

- Planejar, monitorar, e avaliar as atividades de grupo em conjunto com os outros membros da equipe.

6. Definição de grupo

- Conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma necessidade.
- Atividade educativa, principalmente, sobre ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvidas na unidade ou na comunidade, onde cada participante tem direito ao exercício da fala, de sua opinião, de seu ponto de vista e de seu silêncio.
- A atividade em grupo pode estimular em seus integrantes a resolução de seus próprios problemas e a criação de vínculos, a partir da transferência de confiança entre os membros, podendo experimentar novos hábitos e comportamentos.

7. Descrição do Procedimento

7.1 Planejamento

- a)** Identificar grupo (s) populacional (is) de risco ou com problemas de saúde mais frequentes de cada território (Ex: grupo de resultado de exames, de gestantes, hipertensos, diabéticos, entre outros);
- b)** Identificar os problemas e os riscos;
- c)** Promover a divulgação da atividade coletiva em grupo;
- d)** Preparar o conteúdo programático a ser trabalhado com o grupo, dependendo da especificidade do tema (gestantes, hipertensos, resultado de exames, entre outros);
- e)** Providenciar os materiais necessários: mobiliário, insumos (mesa, cadeiras, colchonetes, papel, caneta, folders, entre outros) e recursos tecnológicos possíveis (se necessário);
- f)** Providenciar espaço físico para o desenvolvimento da atividade educativa em grupo (UBS ou outros espaços comunitários como: associação de moradores, igreja, escola, entre outros).

8. Duração e frequência

A duração poderá estar entre 30 e 90 minutos. A frequência, costumeiramente, ocorre uma vez por semana. Tanto duração como frequência dos encontros dependerão das restrições clínicas e objetivos terapêuticos do grupo em questão.

9. Tipos de grupo

Esclarecedor, de aprendizado, informativo, terapêutico, de ajuda mútua, de autocuidado, geradores de renda, motivacionais, de autoajuda, de treinamento.

10. Características desejáveis para conduzir um grupo

- Gostar de trabalhar com grupos (evitar desgaste e prejuízos nas tarefas);
- Coerência (evitar confusão nos membros do grupo);
- Manter o senso ético (sigilo, não emitir próprios valores ou julgamentos);
- Respeitar o ritmo de cada membro do grupo (tolerância pelas falhas e limitações de pessoas do grupo, inibições);
- Ser paciente (atitude ativa de esperar que cada integrante ultrapasse os diferentes momentos do grupo);
- Manter linguagem acessível ao conhecimento da população-alvo.

11. Importância da realização da atividade em grupo

- Propiciar que o saber esteja nas pessoas e não centrado em um profissional de saúde;
- Facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários: compreensão do interesse do usuário e no porquê ele buscou o serviço;

- Atingir os objetivos do manejo clínico do paciente no seguimento;
- Agregar pessoas com necessidades semelhantes permitindo troca de experiências, tendo o profissional de saúde como moderador do grupo;
- Facilitar a troca de experiências entre os componentes do grupo, para a troca de saberes, proporcionando possibilidades de mudanças de estilo de vida e comportamentos;
- Proporcionar a formação de vínculo com troca de experiências e formação de rede social.

12. Recomendações/Observações

- a) O número de participantes não deve exceder o limite que ponha em risco a comunicação visual e auditiva dos mesmos.
- b) Toda atividade em grupo deve ser registrada nos sistemas de informação e prontuário do paciente quando necessário.
- c) Recomenda-se dispor os participantes em círculo, nivelando todos os membros do grupo afim de facilitar a integração.
- d) A equipe deve estar atenta ao usuário, pois as pessoas frequentemente ouvem, mas não compreendem – e não dizem que não compreendem. Ouvem e pensam que compreendem, depois fazem as coisas de maneira inadequada. Ouvem e compreendem, mas não modificam seus hábitos ou tomam qualquer iniciativa. Compreendem, ficam convencidas, tomam iniciativa, mas acham que não estão conseguindo os resultados esperados, ou que a ação envolve muito esforço, por isso, desistem.

13. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno humaniza SUS**. vol.2, Atenção Básica. Brasília, 2010. Acesso em: 04 de abril de 2017.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D.T.; WITT, R. R. **Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária**. Revista. APS, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

SIGTAP. **Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Acesso em: 04 de abril de 2017. <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0101010010/04/2017>

2.2 Roteiro para Atividade Coletiva de Hipertensão (HAS)

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Melhorar e padronizar o processo de trabalho para palestra do hipertenso.

2. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde, espaços comunitários

5. Atribuições da Equipe de Enfermagem

- Acolher os usuários DM e HAS novos, com inserção dos mesmos nos grupos assistenciais;
- Agendar consultas interdisciplinares dos usuários já pertencentes aos grupos assistenciais;
- Inserir os usuários em atividades educativas sistemáticas, conforme programação dos grupos assistenciais;
- Fornecer insumos para monitoramento do estado de saúde, bem como instrução para manuseá-los;
- Aferir pressão arterial (PA);
- Registrar todas as atividades de enfermagem em livro próprio, ou sistema de informação vigente.

6. Descrição do Procedimento

- a) Orientar sobre rotinas;
- b) Orientar sobre rotina da UBS para realização de exames laboratoriais;
- c) Orientar sobre Patologia HAS (fisiopatologia, fatores de risco, sintomatologia, níveis pressóricos, complicações e tratamento);

- d) Orientar sobre alimentação (se houver nutricionista na unidade será reservado esse tema ao profissional);
- e) Orientar sobre realização de atividade física e as que estão disponíveis na unidade;
- f) Orientar sobre o controle da PA e seu registro;
- g) Esclarecer dúvidas, orientar familiares.

7. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) ISBN 978-85-334-2059-5 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1183-9 1. Diabetes Mellitus. 2. Dieta para Diabéticos. 3. Glicemia. I. Título. II. Série.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009/ Sociedade Brasileira de Diabetes.** [ed]. - Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400p.: il. Inclui bibliografia ISBN 978-85-60549-30-6. 1- Diabetes Mellitus. 2- Diabetes - Tratamento. I - Sociedade Brasileira de Diabetes.

Procedimento Operacional Padrão

2.3 Roteiro para Atividades Coletivas de Diabetes Mellitus (DM)

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Melhorar e padronizar o processo de trabalho para palestra de diabético.

2. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde, espaços comunitários

5. Atribuições da Equipe de Enfermagem

- Acolher os usuários diabéticos/hipertensos novos, com inserção dos mesmos nos grupos assistenciais;
- Agendar as consultas interdisciplinares dos usuários já pertencentes aos grupos assistenciais;
- Realizar atividades educativas sistemáticas para os usuários, conforme programação dos grupos assistenciais;
- Fornecer insumos para monitoramento do estado de saúde, bem como instrução para manuseá-los;
- Aferir pressão arterial;
- Registrar todas as atividades de enfermagem em livro próprio, ou sistema de informação vigente.

6. Descrição do Procedimento

- a) Orientar sobre rotinas;
- b) Orientar sobre rotina da UBS para realização de exames laboratoriais;

- c) Orientar sobre a patologia Diabetes Mellitus (fisiopatologia, fatores de risco, sintomatologia, níveis glicêmicos, complicações e tratamento);
- d) Orientar sobre alimentação (se houver nutricionista na unidade será reservado esse tema ao profissional);
- e) Orientar sobre realização de atividade física e as que estão disponíveis na unidade;
- f) Orientar sobre o controle da glicemia e seu registro;
- g) Orientar sobre a avaliação, cuidado e complicações dos pés;
- h) Orientar aos usuários de insulino terapia (conservação, armazenamento, transporte e aplicação);
- i) Orientar sobre o glicosímetro (limpeza, conservação, modo de usar, registros e calibração);
- j) Esclarecer dúvidas orientar familiares.

7. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) ISBN 978-85-334-2059-5 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1183-9 1. Diabetes Mellitus. 2. Dieta para Diabéticos. 3. Glicemia. I. Título. II. Série.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009/ Sociedade Brasileira de Diabetes.** [Ed]. - Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400p.: il. Inclui bibliografia ISBN 978-85-60549-30-6. 1- Diabetes Mellitus. 2- Diabetes - Tratamento. I - Sociedade Brasileira de Diabetes.

3.1 Organização, Conferência e Reposição do Carro de Emergência

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Estabelecer procedimento padrão para a organização e conferência, bem como gestão dos medicamentos e insumos do Carro de Emergência nas Unidades Básicas de Saúde da SES-DF.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem

4. Localização do Carro de Emergência

Sala de medicação ou espaço reservado para atendimento de urgência/emergência

5. Materiais

- Carro de Emergência e materiais padronizados conforme ANEXO I;
- Lacres numerados;
- Formulários padrão para conferência;
- Pilhas reservas;
- EPI (Equipamento de Proteção Individual).

6. Descrição do Procedimento

6.1- Atribuição do Enfermeiro

- a) Confeccionar e supervisionar a escala semanal da equipe de enfermagem para conferência e reposição do carro de emergência;
- b) Identificar, promover a capacitação e/ou atualização da equipe de enfermagem ao atendimento de urgência/emergência;
- c) Conferir e solicitar a farmácia repor os medicamentos e materiais do carro de emergência;
- d) Controlar a validade dos medicamentos e materiais;

- e) Encaminhar à farmácia os medicamentos e materiais quando faltar três (03) meses para a expiração do prazo de validade, para que a farmácia proceda a substituição;
- f) Comunicar/encaminhar ao serviço de farmácia os medicamentos com necessidade de troca/reposição;
- g) Orientar a equipe a importância de manter o carro em ordem e com todos os itens padronizados.

Diariamente:

- h) Verificar carga do desfibrilador;
- i) Testar funcionalidade do laringoscópio. Não deixar pilhas no cabo;
- j) Conferir lacre do carro de emergência.

Mensalmente:

- a) Realizar a conferência mensal do carro de emergência com o auxílio do técnico/auxiliar de enfermagem;
- b) Arquivar e repor formulários utilizados para a conferência do carro de emergência.

Sempre que o carro de emergência for utilizado (lacre violado):

- a) Proceder à sua higienização;
- b) Repor o material o mais breve possível através de verificação do “check-list” de todo o material, ANEXO II;
- c) Registrar na folha de abertura do carro de emergência;
- d) Lacrar o Carro de Emergência após cada verificação e/ou reposição.

6.2- Atribuição do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- a) Manter o Carro de Emergência em ordem e sempre no local pré-definido sem qualquer obstáculo à sua mobilização;
- b) Manter o desfibrilador sempre ligado à corrente elétrica, ou conforme orientação do fabricante;
- c) Auxiliar a equipe no atendimento ao paciente;
- d) Auxiliar o enfermeiro na conferência mensal.

7. Composição do carro de emergência

Base superior:

- Desfibrilador automático;
- Oxímetro de pulso.
- Kit de laringoscópio;
- Kit máscara-válvula-bolsa adulto e pediátrico.

1ª Gaveta:

- Medicamentos, vide ANEXO I.
- Atenção: separar os medicamentos com forma de apresentação idêntica – ex.: separar a atropina da epinefrina (adrenalina), colocando-as em cantos opostos da gaveta com uma cor de fundo diferente, verde e vermelho por exemplo, e colocando todos os fármacos mais utilizados segundo um código de cores que favoreça uma reação mais instintiva, rápida e menos propensa a equívocos.

2ª Gaveta:

- Material de via aérea, vide ANEXO I.

3ª Gaveta:

- Material para acessos venosos, vide ANEXO I.

4ª Gaveta:

- Demais materiais, vide ANEXO I.

Parte posterior:

- Cilindro de oxigênio.

Lateral direita:

- Prancha para reanimação.

8. Recomendações/Observações

- a) Em todos os registros deve constar: data, hora, assinatura legível, matrícula, número do conselho de classe.
- b) As folhas de registro devem ser preenchidas e arquivadas na unidade.
- c) Uso obrigatório em todos os procedimentos de equipamento de proteção individual (EPI's).

9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Despacho n.º 5414/2008. Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Qualificação da Rede de Urgência Geral.** Diário da República, 2.ª série, n.º 42, Brasília. Fev. 2008.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DF. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986:** Dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem. In: COREN-DF, Livro de Legislação dos Profissionais de Enfermagem, 1ª edição, Brasília-DF, 2010.

GOMES, A. G. et al. **Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia - Código Azul - Registro de ressuscitação normatização do carro de emergência.** Arq. Bras. Cardiol., v.81, suppl.4, p.3-14. 2003.

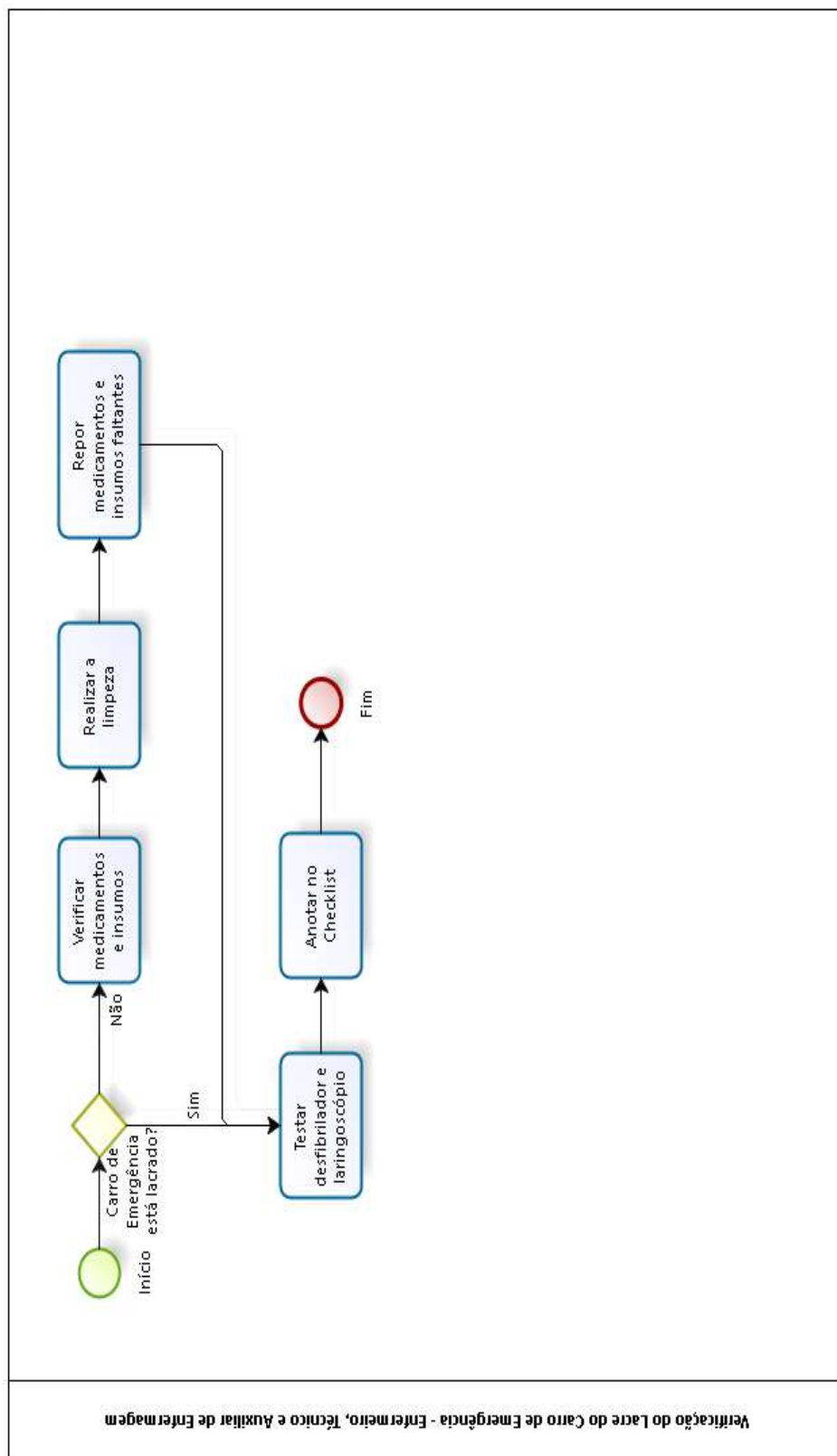
GUIDELINE CPR/ECC- AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE.** 2010.

MELO, M.C.B.; SILVA, N.L.C. **Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. Mimeo, 2002.

MORRINSON, et al. **Strategies for improving survival after in-Hospital Cardiac Arrest in the United States: 2013 Consensus Recommendations.** A consensus statement from the American Heart Association. Circulation, n.127. April 2013.

10. Fluxograma



ANEXO I – COMPOSIÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

BASE SUPERIOR	QUANTIDADE
Desfibrilador automático	1 unidade
Kit de Laringoscópio: Lâminas retas de 0 a 4; Lâminas curvas de 0 a 5; Cabo adulto e pediátrico.	1 unidade
Kit mascara-válvula-bolsa: Adulto e pediátrico	1 unidade
Oxímetro de pulso	1 unidade
1ª GAVETA ¹	QUANTIDADE
Ácido acetilsalicílico comprimido 100 mg	1 blister
Água para injetáveis ampola 10 ml	20
Amiodarona solução injetável 50 mg/ml ampola 3 ml	04
Atropina (sulfato) solução injetável 0,25 mg/ml ampola 1 ml	20
Bicarbonato de sódio solução injetável 8,4% (1 meq/ml) frasco 250 ml	02
Diazepam solução injetável 5 mg/ml ampola 2 ml	02
Epinefrina (Adrenalina) solução injetável 1 mg/ml ampola 1 ml	10
Fenobarbital solução injetável 200 mg ampola	02
Fentanila solução injetável 0,05 mg/ml ampola ou frasco ampola 10 ml	02
Furosemida solução injetável 10 mg/ml ampola 2 ml	04
Glicose solução injetável 50% ampola 10 ml	05
Haloperidol solução injetável 5 mg/ml ampola 1 ml	02

Hidrocortisona (succinato sódico) pó para solução injetável 500mg frasco-ampola	02
Isossorbida (dinitrato) comprimido sublingual 5 mg	1 blister
Lidocaína (cloridrato) solução injetável 2% frasco-ampola 20 ml	02
Midazolam solução injetável 15 mg ampola 3 ml	02
Morfina solução injetável 10 mg/ml ampola 1 ml	02
Prometazina (cloridrato) solução injetável 25 mg/ml ampola 2 ml	02
Sulfato de magnésio solução injetável 50% (4 meq/ml) ampola 10 ml	02
Suxametonio (Cloridrato) Pó Para Solução Injetável 100 mg (Bloqueador Neuromuscular)	02
2ª GAVETA – VIAS AÉREAS	QUANTIDADE
Mascara laríngea nº 1,5	01
Mascara laríngea nº 2	01
Mascara laríngea nº 2,5	01
Mascara laríngea nº 3	01
Mascara laríngea nº 4	01
Kit Mascara de Venturi (infantil e adulto)	1
Cateter para oxigenoterapia nasal tipo óculos, estéril ou cateter nasal adulto, em silicone, tipo óculos, para oxigenoterapia	2
Mandril p/intubação infantil/adulto (fio guia)	2
Tubo de silicone nº 204 (látex para aspiração)	2
Eletrodos para ECG	15
Lidocaína (cloridrato) geleia 2% bisnaga 30 g	01

Sonda de aspiração nº 08	3
Sonda de aspiração nº 10	3
Sonda de aspiração nº 12	3
Sonda de aspiração nº 14	3
Cânula de Guedel nº 2	1
Cânula de Guedel nº 4	1
Tubo orotraqueal nº 2	2
Tubo orotraqueal nº 2,5	2
Tubo orotraqueal nº 3	2
Tubo orotraqueal nº 3,5	2
Tubo orotraqueal nº 4	2
Tubo orotraqueal nº 4,5	2
Tubo orotraqueal nº 5	2
Tubo orotraqueal nº 5,5	2
Tubo orotraqueal nº 6	2
Tubo orotraqueal nº 6,5	2
Tubo orotraqueal nº 7	2
Tubo orotraqueal nº 7,5	2
Tubo orotraqueal nº 8	2
Tubo orotraqueal nº 8,5	2
Tubo orotraqueal nº 9	2
Sonda Nasogástrica nº 10	1

Sonda Nasogástrica nº 12	1
Sonda Nasogástrica nº 14	1
Sonda Nasogástrica nº 18	1
3ª GAVETA – ACESSO VENOSO	QUANTIDADE
Agulha 25x7 ou 25x8	10
Agulha 40x12	10
Equipo fotoprotetor microgotas para infusão de soluções parenterais, tipo gravitacional, estéril	03
Equipo simples para infusão de soluções parenterais, tipo gravitacional, injetor lateral membrana autocicatrizante	03
Equipo intermediário 2 vias, 15 cm (+/-2cm), estéril ou equipo intermediário 4 vias, 15 cm (+/-2cm), estéril	03
Cateter intravenoso periférico 14 G, estéril	3
Cateter intravenoso periférico 16 G, estéril	3
Cateter intravenoso periférico 18 G, estéril	3
Cateter intravenoso periférico 20 G, estéril	3
Cateter intravenoso periférico 22 G, estéril	3
Lâmina de bisturi nº 15	2
Lâmina de bisturi nº 20	2
Seringa de 1 ml	3
Máscara descartável	5
Seringa de 10 ml	10
Seringa de 20 ml	10

Seringa de 5 ml	5
Seringa de 3 ml	3
Torneira descartável com três vias, estéril	3
Tubo de látex nº 200 (garrote)	01
Luva descartável	01 caixa
4ª GAVETA – SOLUÇÕES E OUTROS¹	QUANTIDADE
Glicose 5% solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	2
Glicose 5% solução injetável bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	2
Manitol solução injetável 200/mg/ml bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	1
Solução de Ringer (Cloretos de NA, K, CA) Solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	2
Solução de Ringer (Cloretos de NA, K, CA) + LACTATO (SODICO) Solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	2
Aparelho de pressão adulto e pediátrico	01
Aparelho glicosímetro	01
Cloreto de sódio 0,9 % solução injetável bolsa ou frasco 1000 ml sistema fechado de infusão	02
Cloreto de sódio 0,9 % solução injetável bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	02
Cloreto de sódio 0,9 % solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	02

¹Medicamentos e soluções padronizadas pela SES-DF para o carro de urgência e emergência, aprovado pela Comissão Central de Farmácia e Terapêutica/SAIS/SES-DF em 2016

ANEXO II – CHECK-LIST

BASE SUPERIOR	QUANTIDADE NECESSÁRIA	QUANTIDADE EXISTENTE	VALIDADE	OBS.
Desfibrilador automático	1 unidade			
Kit de Laringoscópio: Lâminas retas de 0 a 4; Lâminas curvas de 0 a 5; Cabo adulto e pediátrico	1 unidade			
Kit mascara-válvula-bolsa: Adulto e pediátrico	1 unidade			
Oxímetro de pulso	1 unidade			
1ª GAVETA	QUANTIDADE NECESSÁRIA	QUANTIDADE EXISTENTE	VALIDADE	OBS.
Ácido acetilsalicílico comprimido 100 mg	1 blister			
Água para injetáveis ampola 10 ml	20			
Amiodarona solução injetável 50 mg/ml ampola 3 ml	04			
Atropina (sulfato) solução injetável 0,25 mg/ml ampola 1 ml	20			
Bicarbonato de sódio solução injetável 8,4% (1 meq/ml) frasco 250 ml	02			

Diazepam solução injetável 5 mg/ml ampola 2 ml	02			
Epinefrina (adrenalina) solução injetável 1 mg/ml ampola 1 ml	10			
Fenobarbital solução injetável 200 mg ampola	02			
Fentanila solução injetável 0,05 mg/ml ampola ou frasco ampola 10 ml	02			
Furosemida solução injetável 10 mg/ml ampola 2 ml	04			
Glicose solução injetável 50% ampola 10 ml	05			
Haloperidol solução injetável 5 mg/ml ampola 1 ml	02			
Hidrocortisona (succinato sódico) pó para solução injetável 500 mg frasco-ampola.	02			
Isossorbida (dinitrato) comprimido sublingual 5 mg	1 blister			

Lidocaína (cloridrato) solução injetável 2% frasco-ampola 20 ml	02			
Midazolam solução injetável 15 mg ampola 3 ml	02			
Morfina solução injetável 10 mg/ml ampola 1 ml	02			
Prometazina (cloridrato) solução injetável 25 mg/ml ampola 2 ml	02			
Sulfato de magnésio solução injetável 50% (4 meq/ml) ampola 10 ml	02			
Suxametônio (Cloridrato) Pó Para Solução Injetável 100 mg (Bloqueador Neuromuscular)	02			
2ª GAVETA – VIAS AEREAS	QUANTIDADE NECESSÁRIA	QUANTIDADE EXISTENTE	VALIDADE	OBS
Mascara laríngea nº 1,5	01			
Mascara laríngea nº 2	01			
Mascara laríngea nº 2,5	01			
Mascara laríngea nº 3	01			
Mascara laríngea nº 4	01			
Kit Mascara de Venturi (infantil e adulto)	1			
Cateter tipo óculos	2			
Mandril p/intubação infantil/adulto	1			

Tubo de silicone nº 204 (látex para aspiração)	2			
Eletrodos para ECG	15			
Lidocaína (cloridrato) geleia 2% bisnaga 30 g	01			
Sonda de aspiração nº 08	3			
Sonda de aspiração nº 10	3			
Sonda de aspiração nº 12	3			
Sonda de aspiração nº 14	3			
Cânula de Guedel nº 2	1			
Cânula de Guedel nº 4	1			
Tubo orotraqueal nº 2	2			
Tubo orotraqueal nº 2,5	2			
Tubo orotraqueal nº 3	2			
Tubo orotraqueal nº 3,5	2			
Tubo orotraqueal nº 4	2			
Tubo orotraqueal nº 4,5	2			
Tubo orotraqueal nº 5	2			
Tubo orotraqueal nº 5,5	2			
Tubo orotraqueal nº 6	2			
Tubo orotraqueal nº 6,5	2			
Tubo orotraqueal nº 7	2			

Tubo orotraqueal nº 7,5	2			
Tubo orotraqueal nº 8	2			
Tubo orotraqueal nº 8,5	2			
Tubo orotraqueal nº 9	2			
Sonda Nasogástrica nº 10	1			
Sonda Nasogástrica nº 12	1			
Sonda Nasogástrica nº 14	1			
Sonda Nasogástrica nº 18	1			
3ª GAVETA – ACESSO VENOSO	QUANTIDADE NECESSÁRIO	QUANTIDADE EXISTENTE	VALIDADE	OBS
Agulha 25x7 ou 25x8	10			
Agulha 40x12	10			
Equipo fotoprotetor microgotas para infusão de soluções parenterais, tipo gravitacional, estéril	03			
Equipo simples para infusão de soluções parenterais, tipo gravitacional, injetor lateral membrana autocicatrizante	03			
Equipo intermediário 2 vias, 15 cm (+/-2cm), estéril ou equipo intermediário 4 vias, 15 cm (+/-2cm), estéril	03			

Cateter intravenoso periférico 14 G, estéril	3			
Cateter intravenoso periférico 16 G, estéril	3			
Cateter intravenoso periférico 18 G, estéril	3			
Cateter intravenoso periférico 20 G, estéril	3			
Cateter intravenoso periférico 22 G, estéril	3			
Lâmina de bisturi nº 15	2			
Lâmina de bisturi nº 20	2			
Seringa de 1 ml	3			
Máscara descartável	5			
Seringa de 10 ml	10			
Seringa de 20 ml	10			
Seringa de 5 ml	5			
Seringa de 3 ml	3			
Torneira descartável com três vias, estéril	3			
Tubo de látex nº 200 (garrote)	01			
Luva descartável	01 caixa			

4ª GAVETA – SOLUÇÕES E OUTROS	QUANTIDADE NECESSÁRIO	QUANTIDADE EXISTENTE	VALIDADE	OBS
Glicose 5% solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	2			
Glicose 5% solução injetável bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	2			
Manitol solução injetável 200/mg/ml bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	1			
Solução de Ringer (Cloretos de NA, K, CA) Solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	2			
Solução de Ringer (Cloretos de NA, K, CA) + LACTATO (SODICO) Solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	2			
Aparelho de pressão adulto e pediátrico	01			

Aparelho glicosímetro	01			
Cloreto de sódio 0,9% solução injetável bolsa ou frasco 1000 ml sistema fechado de infusão	02			
Cloreto de sódio 0,9% solução injetável bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	02			
Cloreto de sódio 0,9% solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	02			

3.2 Reanimação Cardiopulmonar

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Promover reanimação cardiopulmonar (RCP) utilizando manobras de suporte básico e avançado de vida.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Sala de procedimentos

4. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

5. Materiais

- Luva de procedimento;
- Óculos de proteção;
- Carrinho de emergência;
- Material para intubação endotraqueal;
- Desfibrilador;
- Eletrocardiógrafo;
- Biombo;
- Prancha para massagem cardíaca;
- Ressuscitador pulmonar manual/bolsa-válvula-máscara (BVM);
- Máscara, extensão de látex;
- Fonte de oxigênio;
- Eletrodos;
- Monitor cardíaco;
- Ventilador mecânico.

6. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;

- b) Colocar máscara, óculos e luvas de procedimento;
- c) Aproximar o carrinho de emergência, desfibrilador e eletrocardiógrafo, ressuscitador automatizado e o monitor cardíaco;
- d) Providenciar contato com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (192) para ajuda no atendimento do paciente;
- e) Isolar a maca do paciente com biombo caso haja outros na sala. Se tiver acompanhante, solicitar que aguarde na sala de espera;
- f) Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal;
- g) Se o paciente não estiver sobre uma superfície rígida e plana, colocar a prancha de massagem cardíaca sob o tórax do paciente ou instalar o ressuscitador automatizado quando disponível;
- h) Designar um profissional para providenciar acesso venoso permeável e de grande calibre;
- i) Monitorizar o paciente e identificar o ritmo de parada;
- j) Iniciar a sequência adequada de procedimentos (C-A-B): C – para reduzir o tempo até a primeira compressão, deve-se iniciar a RCP com 30 compressões torácicas. (Se 2 socorristas para bebê ou criança, aplicar 15 compressões); A – após compressões torácicas, abrir a via aérea com inclinação da cabeça/elevação do queixo ou anteriorização da mandíbula; B – fazer 2 ventilações de modo que o tórax se eleve e, após, reiniciar imediatamente as compressões torácicas;
- k) Desfibrilar imediatamente em casos que houver indicação (fibrilação ventricular e taquicardia ventricular).

7. Ressuscitação em Equipe

- a) 1 socorrista: aciona o serviço de emergência/urgência;
- b) 1 socorrista: inicia as compressões torácicas;
- c) 1 socorrista: aplica ventilações ou busca a BVM;
- d) 1 socorrista: busca e configura um desfibrilador.

8. Compressões Cardíacas

- a) Comprimir, com firmeza, força, rapidez e continuamente, mantendo os braços estendidos e posicionando as mãos entrelaçadas sobre o esterno e entre os mamilos (caso de paciente adulto) a uma frequência mínima de 100 a 120 compressões/minuto, permitindo que o tórax recue totalmente após cada compressão. Realizar cinco ciclos de 30 compressões para 2 ventilações em adultos (1 ou 2 socorristas); 30:2 em criança/bebê (1 socorrista) e 15:2 em criança/bebê (2 socorristas). Alternar as pessoas que aplicam as compressões a cada 2 minutos;

- b) Durante RCP, com via aérea avançada em posição, não se deve mais aplicar ciclos de compressão com pausas para ventilação;
- c) A cada 2 minutos, observar o traçado eletrocardiográfico, proceder a palpação do pulso carotídeo ou femoral, verificar coloração da pele, respiração e reações do paciente.

9. Ventilação Artificial

- a) Solicitar a ajuda de uma pessoa para iniciar a ventilação artificial, com ressuscitador pulmonar manual (BVM) conectando-o à rede de oxigênio a um fluxo de 15 litros (de oxigênio) por minuto;
- b) Retirar prótese dentária, se houver;
- c) Realizar manobra de abertura das vias aéreas com hiperextensão da cabeça (exceto em suspeita de lesão cervical quando deverá ser usada a manobra de tração da mandíbula sem inclinação da cabeça);
- d) Adaptar o dispositivo BVM à boca e nariz do paciente, conectar ao oxigênio, enquanto é providenciada a intubação traqueal (se necessária). A máscara é posicionada com o seu polegar e dedo indicador, fazendo um “C”, enquanto os demais dedos da mesma mão são usados para manter a cabeça em posição adequada levantando a mandíbula ao longo da sua porção óssea. Os dedos restantes devem formar um “E”;
- e) Realizar duas ventilações a cada 30 compressões (adulto com 1 ou 2 socorristas e criança/bebê com 1 socorrista) e duas ventilações a cada 15 compressões (criança e bebê com 2 socorristas). Em paciente com via aérea avançada em posição (máscara laríngea, com bitubo ou tubo endotraqueal), aplicar ventilações a uma frequência de 10 ventilações/minuto (uma ventilação a cada 6 segundos) sem interrupção das compressões.

10. Desfibrilação/Monitorização

- a) Se a avaliação primária revela que o paciente não tem pulso, um DEA/Monitor/Desfibrilador deve ser conectado rapidamente ao paciente. A RCP deve ser aplicada imediatamente e usar o DEA/desfibrilador tão logo o equipamento esteja disponível. Recomenda-se um só choque acompanhado de RCP imediata por 2 minutos, até ser avisado pelo DEA para a verificação do ritmo cardíaco;
- b) As pás manuais ou os eletrodos descartáveis devem ser posicionados sobre o tórax desnudo, de acordo com as instruções do fabricante, podendo estar identificados de acordo com sua posição no tórax (esterno/ápice, frente/dorso), ou de acordo com sua polaridade (positiva-negativa);
- c) Utilizar gel condutor, pasta ou eletrodos preenchidos com gel;
- d) Ligar o monitor/desfibrilador e verificar a presença de um ritmo passível de choque no monitor;

- e) Selecionar o nível adequado de energia de 360J;
- f) Solicitar que todos os envolvidos no procedimento se afastem do paciente/maca;
- g) Disparar o choque;
- h) Caso sejam utilizadas as pás certifique de que seja aplicada uma firme pressão (cerca de 13 Kg) em cada pá;
- i) Checar o pulso, se existir um ritmo organizado ao monitor e houver a presença de pulso, verificar a pressão arterial e outros sinais vitais do paciente e iniciar os cuidados pós-ressuscitação;
- j) Caso exista um ritmo organizado no monitor, mas não haja pulso (AESP), ou se o ritmo for assistolia, reiniciar a RCP, considerar as possíveis causas da parada e administrar as medicações e outros cuidados emergenciais.

11. Recomendações/Observações

- a) Uma RCP de boa qualidade contempla: fazer compressões fortes (5cm ou 2 polegadas), permitir que o tórax retorne completamente após cada compressão, minimizar as interrupções nas compressões torácicas e evitar a hiperventilação.
- b) A aplicação de ventilações muito rápidas ou com muita força desloca o ar para o estômago, causando distensão gástrica. Isto pode gerar complicações graves, como: vômitos, aspiração e pneumonia.
- c) Se não há certeza de que a vítima tem pulso, iniciar os passos de RCP. Uma RCP desnecessária é menos prejudicial que não realizar a RCP.
- d) A hiperventilação pode piorar a evolução da parada cardíaca, reduzindo o retorno venoso para o coração e diminuindo o fluxo sanguíneo durante a compressão torácica.
- e) Em bebês (com menos de 1 ano de idade), é preferível um desfibrilador manual. Se não houver um desfibrilador manual disponível, aconselha-se um DEA com atenuação de carga pediátrica.
- f) Após aplicação do choque (desfibrilação), a monitorização do ECG pelas pás e eletrodos de gel pode mostrar uma falsa assistolia com duração de até 3 a 4 minutos, havendo necessidade de confirmação da assistolia utilizando-se eletrodos de ECG em substituição as pás.
- g) Drogas IV administradas em bolus na parada cardíaca devem ser seguidas de um flush de 20 ml de SF 0,9%.
- h) Há que se envidar esforços para punção de um acesso venoso calibroso, caso o paciente ainda não o tenha.
- i) O soco precordial não deve ser usado em PCR extra-hospitalar não presenciada. Poderá ser considerado para pacientes com taquicardia ventricular (TV) instável

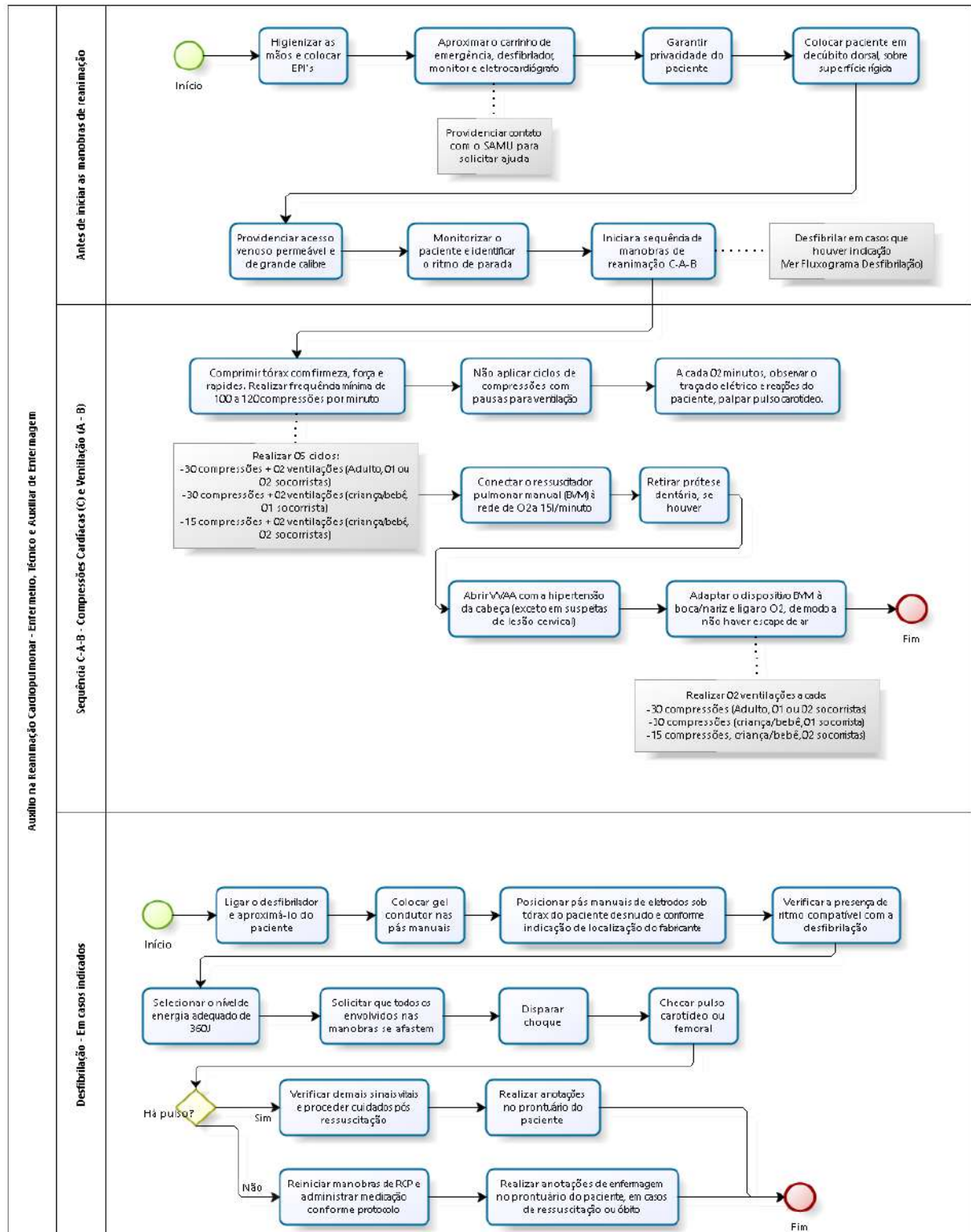
(inclusive TV sem pulso) presenciada e monitorizada se não houver um desfibrilador imediatamente pronto para uso. No entanto, ele não deverá retardar a RCP nem a aplicação dos choques.

12. Referências

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Atualização das diretrizes para a RCP**. Edição em português GUIMARÃES, H. P. 2015. Disponível em: <https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-Highlights-Portuguese.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. – 1. ed.; 1. Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

13. Fluxograma



3.3 Aspiração de Vias Aéreas

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivos

- Padronizar o procedimento utilizado para remover secreção oral, faríngea e traqueia, através de sucção;
- Manter a permeabilidade de vias aéreas;
- Reestabelecer as trocas gasosas;
- Prevenir infecção.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde, domicílio ou espaço comunitário

4. Responsável

Enfermeiro (vide resolução – bibliografia)

5. Materiais

- EPI's (luva estéril, luvas de procedimento, óculos de proteção, máscara cirúrgica);
- Sistema de Aspiração de Secreção a Vácuo;
- Sonda aspiração 14 ou 16 (adulto), 8 ou 10 (criança);
- Ampola de SF 0,9%, ampola de água destilada;
- Gaze estéril.

6. Descrição do Procedimento

6.1 Aspiração de Orofaringe:

- a) Reunir os materiais;
- b) Higienizar as mãos;
- c) Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar qual procedimento que será realizado;
- d) Colocar o paciente na posição Fowler (45°) ou semi-Fowler (30°);

- e) Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, por meio da extensão de silicone;
- f) Ligar e abrir fonte de vácuo;
- g) Vestir EPI;
- h) Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante;
- i) Introduzir a sonda parcialmente e gradativamente para aspirar a cavidade oral e orofaringe fazendo movimentos leves e circulatorios, principalmente nas extremidades da cavidade;
- j) Ficar atento (a) ao padrão respiratório do paciente;
- k) Lavar a extensão do circuito de aspiração com água destilada;
- l) Desprezar os materiais utilizados;
- m) Retirar os EPI's;
- n) Assegurar que o paciente esteja sentindo-se confortável;
- o) Higienizar as mãos;
- p) Checar o procedimento e realizar anotações de enfermagem no sistema de informação vigente;
- q) Manter ambiente organizado.

6.2 Aspiração Traqueal:

- a) Reunir o material;
- b) Higienizar as mãos;
- c) Confirmar o nome do paciente, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado;
- d) Posicionar o paciente com a cabeça em extensão para aspiração traqueal e posição semi-Fowler para aspiração nasal;
- e) Conectar a sonda de aspiração ao sistema de aspiração a vácuo, através da extensão de silicone;
- f) Utilizar o restante da embalagem para proteger a sonda, mantendo-a estéril;
- g) Vestir EPI;
- h) Introduzir a sonda no tubo com a mão dominante (estéril);
- i) Manter a extensão clampeada até o posicionamento correto da sonda;
- j) Desclampar a extensão para obter sucção, retirando a sonda com movimentos circulares, não ultrapassando a duração de 10 segundos;
- k) Reconectar o tubo do paciente ao ventilador, deixando-o descansar por pelo menos 30 segundos (quando em uso de ventilação mecânica);
- l) Repetir o procedimento, se necessário;
- m) Lavar a extensão do circuito de aspiração com água destilada;

- n) Desprezar os materiais em lixo apropriado;
- o) Retirar os EPI's;
- p) Fechar fonte de vácuo;
- q) Assegurar-se de que o paciente esteja confortável;
- r) Higienizar as mãos;
- s) Realizar anotação de enfermagem: aspecto da secreção (cor, consistência, quantidade e odor);
- t) Registrar o procedimento no sistema de informação vigente;
- u) Organizar o ambiente.

7. Recomendações/Observações

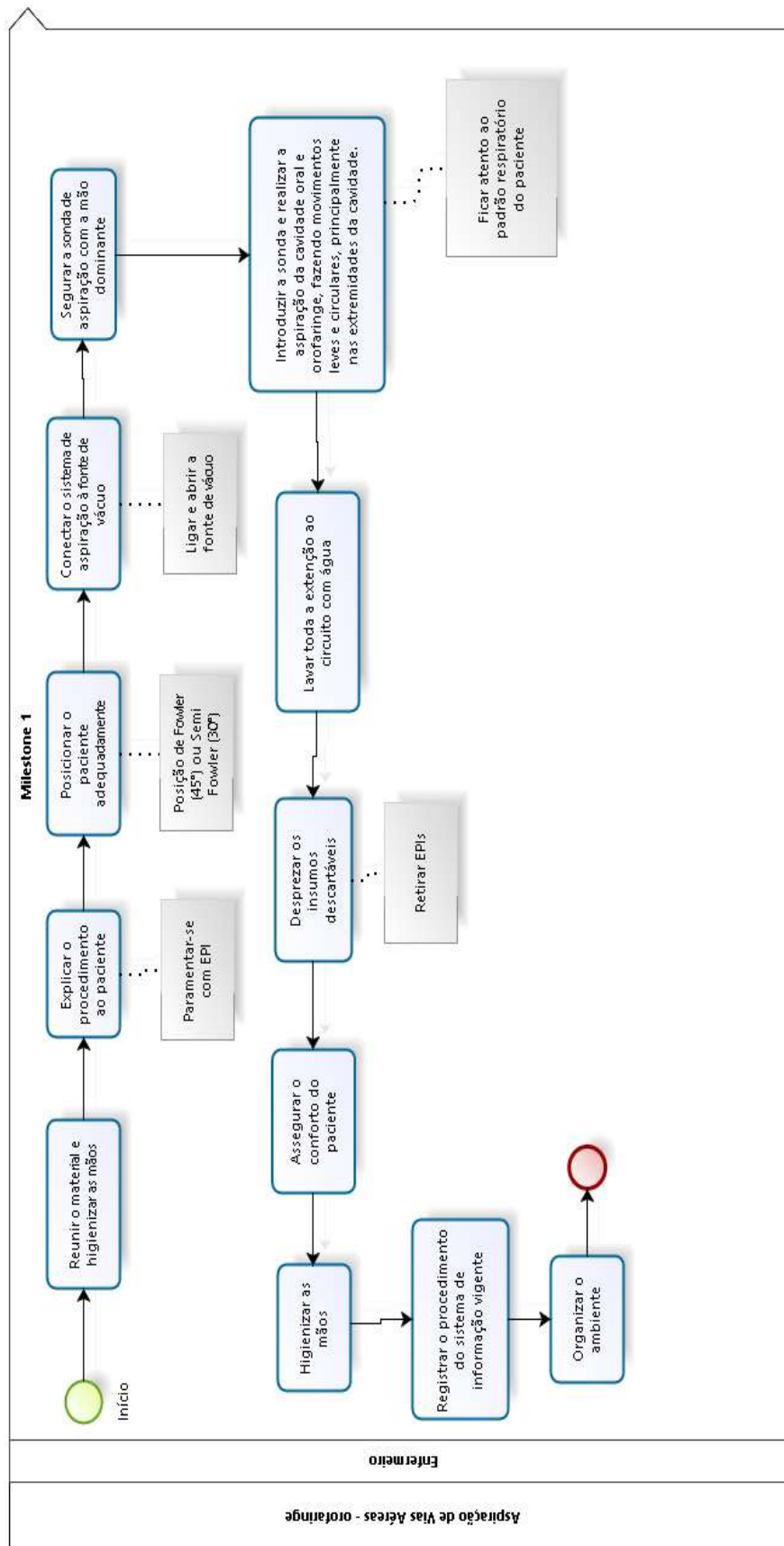
- a) Durante a aspiração observar aparecimento de alterações do padrão respiratório, agitação do paciente, quando possível verificar a oximetria de pulso do paciente.
- b) Realizar oxigenação do paciente com Kit máscara-válvula-bolsa adulto ou pediátrico; entre as aspirações quando necessário.
- c) Ao constatar sinais de alterações respiratórias, cianose de extremidades, irregularidade no ritmo cardíaco, interromper o procedimento e acionar o médico e/ou enfermeiro para avaliação.
- d) O enfermeiro deve realizar ausculta pulmonar antes e após o procedimento para avaliação da necessidade de aspiração.
- e) Na presença de secreção muito espessa, rolhas, solicitar avaliação médica para indicação de nebulização prévia ao procedimento.
- f) Deve-se monitorar os parâmetros do ventilador, caso esteja em ventilação mecânica, antes, durante e após procedimento.
- g) Quando o paciente estiver tossindo suspender o procedimento até cessar a tosse.
- h) Não recomendado realizar mais do que três aspirações por sessão.
- i) Na presença de secreções na parte externa da sonda, realizar limpeza manual com gaze antes de repetir o procedimento.
- j) Antes do procedimento assegurar-se que o aspirador esteja livre de contaminações e testado.

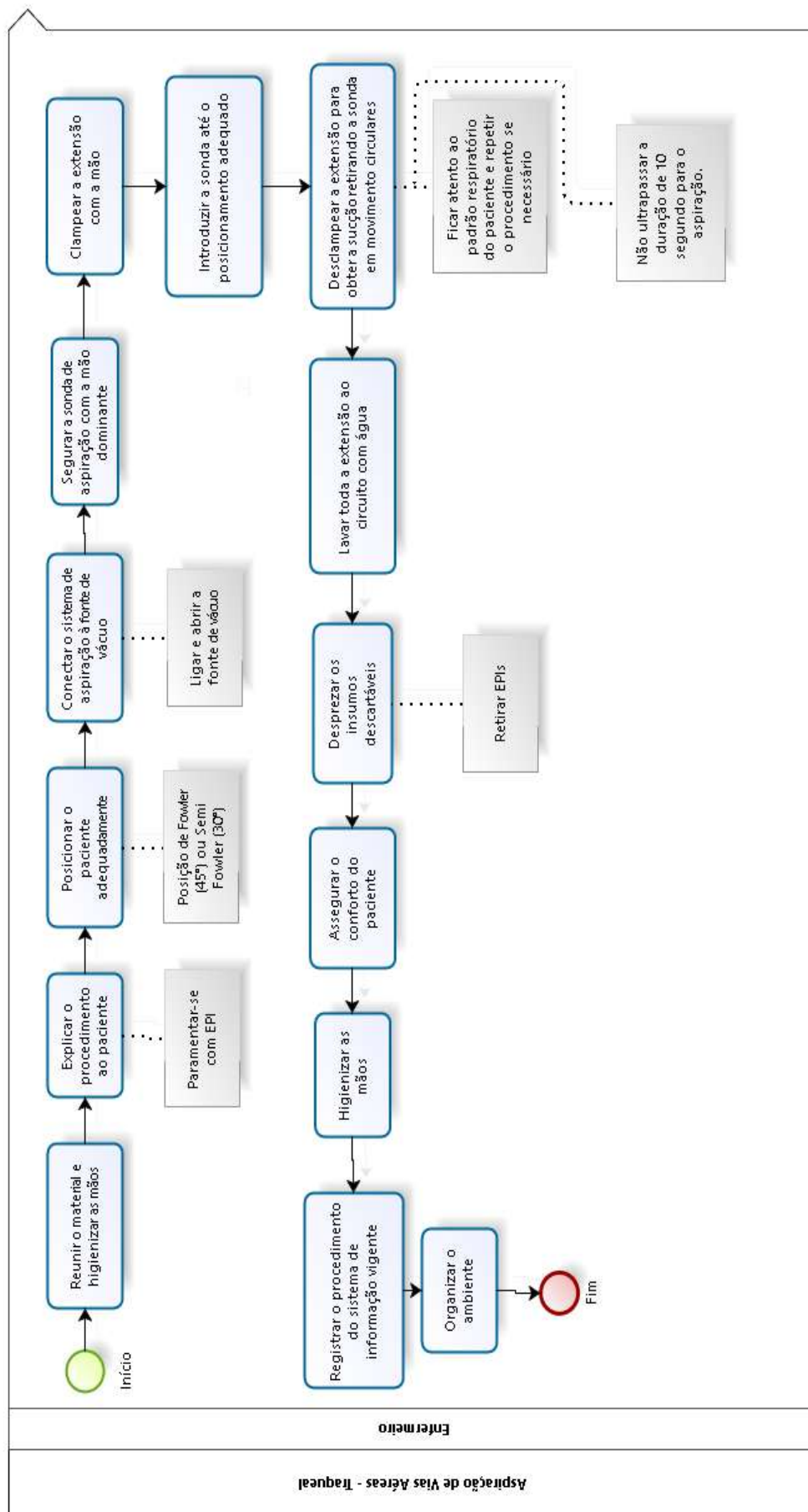
8. Referências

COFEN/CTLN. PARECER 19/2014 - **Legislação Profissional Solicitação do Amparo para ne equipe de enfermagem realizar aspiração endotraqueal**. Brasília, 2004.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.

9. Fluxogramas





Procedimento Operacional Padrão

4.1 Rotina de Atividades da Sala de Medicação

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o processo de trabalho da sala de medicação da Unidade Básica de Saúde.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem

4. Local de Aplicação

Sala de medicação

5. Rotinas da Sala

- a) Realizar a limpeza concorrente no início do turno;
- b) Higienizar as mãos;
- c) Checar carro de emergência (vide Pop Carro de Emergência) - a reposição e controle de medicamento do carro de emergência é de responsabilidade do técnico ou auxiliar de enfermagem escalado na sala de medicação;
- d) Repor medicamentos e materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
- e) Verificar a data de validade dos medicamentos e insumos uma vez por semana (ANEXO I);
- f) Encaminhar o paciente para cadastro do cartão SES-DF e SUS caso seja necessário;
- g) Perguntar se o paciente possui algum tipo de alergia, caso tenha, solicitar parecer do prescritor sobre a administração segura;
- h) Perguntar se já fez uso da medicação e informar sobre os efeitos colaterais;
- i) Higienizar as mãos;
- j) Preparar a medicação conforme prescrição; a prescrição deve ser escrita em caligrafia legível, sem emendas ou rasuras, em duas vias e deverá conter:

- Identificação da unidade de saúde responsável pela emissão da prescrição ao usuário;
 - Nome completo do usuário;
 - Nome do medicamento, pela Denominação Comum Brasileira (DCB);
 - A concentração, a forma farmacêutica, a posologia e a quantidade do medicamento (em algarismos arábicos) suficiente para o tratamento prescrito;
 - Duração do tratamento;
 - Data da emissão;
 - Assinatura manual do prescritor e carimbo contendo nome completo e número de inscrição no respectivo Conselho Regional de Classe. Na falta do carimbo, este poderá ser substituído pelo nome legível do profissional por extenso, número de inscrição no Conselho Regional de Classe e sua assinatura.
- k) Administrar a medicação;
 - l) Descartar o perfuro cortante em recipiente próprio;
 - m) Higienizar as mãos;
 - n) Checar a administração do medicamento e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
 - o) A via original da prescrição deve ser checada e devolvida ao paciente e a cópia deve ser retida para fins de comprovação de movimentação da cautela de medicamentos da sala de medicação. A equipe responsável pela sala deve solicitar à farmácia a reposição da cautela mediante a apresentação das receitas conforme definido pela Diretoria de Assistência Farmacêutica.
 - p) Realizar a limpeza no balcão, cadeira/maca após cada paciente;
 - q) Solicitar no final do período solicitar ao profissional da higiene a limpeza e desinfecção da sala. Na presença de matéria orgânica e balde de lixo cheio solicitar ao profissional da higiene a limpeza e retira do lixo respeitando as cores para o descarte correto: lixo simples (saco de lixo preto ou transparente); lixo contaminado (branco leitoso com o símbolo de infectado).

6. ATENÇÃO ÀS ESPECIFICIDADES

- a) Quando se tratar de anticoncepcionais deverá ser verificada na bula as instruções para a correta aplicação, bem como o intervalo entre as aplicações mensais ou trimestrais. A prescrição de contraceptivos hormonais terá validade de até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, contados a partir da data de emissão, quando a prescrição contiver o termo “uso contínuo”. Após a aplicação, registrar na própria receita a data de administração e aprazar a próxima dose. Caso a paciente tenha se apresentado para aplicação em um intervalo de dias maior que o recomendado, deverá encaminhar

ao médico ou enfermeiro para avaliação quanto possibilidade de gravidez. É importante garantir que não seja administrado o medicamento em caso de gestação.

- b) A Vitamina A deve ser administrada na sala de medicação ou consultório onde está ocorrendo o atendimento (utilizar ANEXO II).
- c) Quando se tratar de antimicrobianos, a primeira dose ou dose única deverá ser administrada em até 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão da receita. Em casos com duração de tratamento superior a receita é válida durante todo o tempo de tratamento definido. Após a aplicação, registrar na própria receita a data de administração e aprazar a próxima dose.
- d) Quando se tratar de medicamento para uso imediato, deverá ser administrado na data da prescrição. Caso o paciente compareça à unidade em dia divergente da prescrição este deverá passar por uma avaliação médica para avaliação da persistência da necessidade de uso.
- e) De acordo com a Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011 em seu Art. 1º “Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado. (...) Em caso de reações anafiláticas, deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no âmbito da Atenção Básica à Saúde” - vide Protocolo de Urgência da Atenção Primária e POP de administração de Penicilina.

7. Recomendações/Observações

- a) Somente administrar medicação com prescrição - observar a data de vigência.
- b) Uso obrigatório em todos os procedimentos de equipamento de proteção individual (EPI's).
- c) Não administrar medicação em caso de identificação de erros ou ilegibilidade.
- d) Quando o usuário trazer o medicamento (adquirido em estabelecimentos privados ou retirado em outras unidades da SES-DF), deverá ser apresentada a receita e ser solicitado o preenchimento do Termo de Responsabilidade conforme ANEXO III.
- e) Lembrar-se dos 09 CERTOS da administração de medicamentos:

I. Paciente certo

Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores para confirmar o paciente correto.

Nessa etapa, é importante que o profissional faça perguntas abertas e que necessitam de mais interação paciente-profissional, tal como: “Por favor, diga-me o seu nome completo”.

Além disso, é importante verificar se esse paciente corresponde ao nome identificado na pulseira; no leito e/ou no prontuário.

Importante: caso o paciente apresente baixo nível de consciência, impossibilitando-o de confirmar o nome completo, a equipe assistencial deverá conferir o nome do paciente descrito na prescrição com a pulseira de identificação, devendo, ainda, associar pelo menos mais dois identificadores diferentes. Outra estratégia que auxilia a evitar a administração de medicamentos ao paciente errado, é existir norma interna do estabelecimento de saúde que evite, dentro do possível, que dois pacientes com o mesmo nome fiquem internados simultaneamente no mesmo quarto ou enfermaria.

II. Medicamento certo

Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado. Conhecer o paciente e suas alergias. Conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito. Identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe.

Todos os fatos descritos pelo paciente/cuidador ou observado pela equipe, sejam eles reações adversas, efeitos colaterais ou erros de medicação, devem ser registrados em prontuário e, notificados.

Importante: alguns medicamentos são associações. Nesses casos, é necessário conhecer a composição dos medicamentos para identificar se o paciente não é alérgico a algum dos componentes do medicamento.

III. Via certa

Identificar a via de administração prescrita. Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento. Verificar se o diluente (tipo e volume) foi prescrito e se a velocidade de infusão foi estabelecida, analisando sua compatibilidade com a via de administração e com o medicamento em caso de administração de por via endovenosa.

Avaliar a compatibilidade do medicamento com os produtos para a saúde utilizados para sua administração (seringas, cateteres, sondas, equipos e outros).

Identificar no paciente qual a conexão correta para a via de administração prescrita em caso de administração por sonda nasogástrica, nasoentérica ou via parenteral.

Realizar a antisepsia do local da aplicação para administração de medicamentos por via parenteral.

Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento. Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

Importante: Informações sobre compatibilidade de medicamentos e produtos para a saúde utilizados na administração de medicamentos, deverão estar disponíveis em manual ou em base de dados para consulta no local do preparo ou pode-se consultar o farmacêutico.

IV. Hora certa

Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica.

Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade.

A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor.

V. Dose certa

Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada. Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente.

Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico.

Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua.

Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância.

Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso.

Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”, para possibilitar a administração.

Importante: Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: “fazer se necessário”, “conforme ordem médica” ou “a critério médico”.

VI. Registro certo

Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento. Checar o horário da administração do medicamento a cada dose.

Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

VII. Orientação certa

Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao prescritor.

Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização.

Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação.

IX. Forma certa

Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita. Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente.

Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.

A farmácia deve disponibilizar o medicamento em dose unitária ou manual de diluição, preparo e administração de medicamentos, caso seja necessário realizar a trituração e suspensão do medicamento para administração por sonda nasogástrica ou nasoentérica.

IX. Resposta certa

Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado. Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento.

Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador. Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual,

Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar.). Fonte: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos do Ministério da Saúde e ANVISA com adaptações.

8. Referências

ANVISA. Resolução-RDC nº 20, de 5 de maio de 2011. **Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.** DOU Nº 87, segunda-feira, 9 de maio de 2011. Seção 1, páginas 39 a 41. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011. **Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2011.

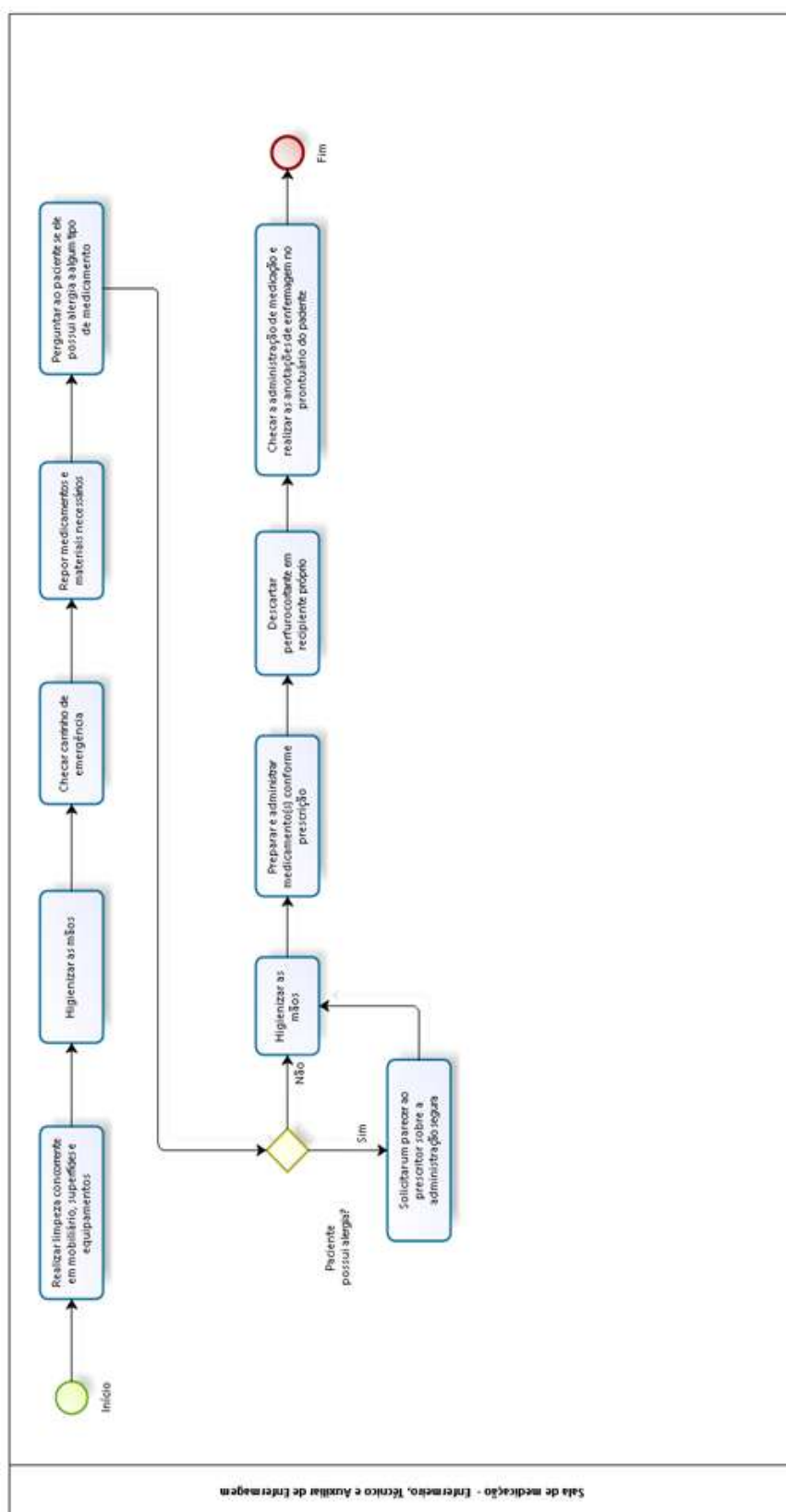
_____. Ministério da Saúde. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 34 p.: il. BRASIL - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

DUMPE, Michelle L. ARCHER, Elizabeth. **Procedimento e protocolos Práxis Enfermagem**. Editora: Guanabara Koogan, 2006, 740 páginas.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p. Brasília, 2013.

_____. Secretaria de Estado de Saúde DF. Portaria nº 250, 17/12/2014. **Dispõe sobre normas técnicas e administrativas relacionadas à prescrição e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde da Assistência Farmacêutica Básica, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal**. Pág. 15. Seção 01. Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) de 30 de dezembro de 2014.

9. Fluxograma



ANEXO I – LISTA PARA CONFERÊNCIA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS DA SALA DE MEDICAÇÃO

[illegible]

ANEXO II - MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS

MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS - UF:

Município:
Responsável:
Rotina ☐

Unidade de Saúde/Local:

Dia/Mês/Ano:

Campanha ☐

100.000 UI
crianças de 6 a 11 meses*

1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

*de 6 a 11 meses, a criança só receberá 1 dose de 100.000 UI

200.000 UI
crianças de 12 a 59 meses**

1ª dose (no ano)				2ª dose (no ano)			
1	2	3	4	1	2	3	4
5	6	7	8	5	6	7	8
9	10	11	12	9	10	11	12
13	14	15	16	13	14	15	16
17	18	19	20	17	18	19	20
21	22	23	24	21	22	23	24
25	26	27	28	25	26	27	28
29	30	31	32	29	30	31	32
33	34	35	36	33	34	35	36
37	38	39	40	37	38	39	40
41	42	43	44	41	42	43	44
45	46	47	48	45	46	47	48
49	50	51	52	49	50	51	52
53	54	55	56	53	54	55	56
57	58	59	60	57	58	59	60
61	62	63	64	61	62	63	64
65	66	67	68	65	66	67	68
69	70	71	72	69	70	71	72
73	74	75	76	73	74	75	76
77	78	79	80	77	78	79	80
81	82	83	84	81	82	83	84
85	86	87	88	85	86	87	88
89	90	91	92	89	90	91	92
93	94	95	96	93	94	95	96
97	98	99	100	97	98	99	100

**de 12 a 59 meses, a criança receberá 9 doses de 200.000 UI (1 a cada 6 meses)

Fonte: Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

ANEXO III - TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, residente e domiciliado na _____, fone _____, portador do RG _____, declaro para todos os fins de fato e de direito, que não retirei o medicamento nesta Unidade de Saúde, tendo-o adquirido na _____ (outra unidade da SES/estabelecimento privado). Pelo presente, solicito, conforme prescrição apresentada, a aplicação injetável do medicamento _____, lote _____, responsabilizando-me por possíveis reações e sintomas decorrentes da utilização do medicamento, bem como pela sua procedência.

_____, ____/____/____

Assinatura/Data

4.2 Administração de Medicação Via Ocular

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar a rotina para administração de medicamentos via ocular.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde e/ou domicílio

4. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

5. Materiais

- Prescrição;
- Colírio ou pomada oftalmológica;
- Gazes.

6. Descrição do Procedimento

6.1 Apresentação Colírio

- a) Checar prescrição (data, nome do paciente e dose vide POP Rotina de Atividades da Sala de Medicação);
- b) Reunir o material;
- c) Higienizar as mãos;
- d) Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás;
- e) Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente;
- f) Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva;
- g) Orientar o paciente a fechar a pálpebra;
- h) Higienizar as mãos;
- i) Anotar data, nome, horário de execução do procedimento;
- j) Registrar em prontuário e sistema de informação vigente;

k) Manter ambiente limpo e organizado.

6.2 Apresentação: pomada

- a) Com o auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiando a mão na face do paciente e aplicar com o próprio tubo a pomada;
- b) Pedir para o paciente fechar os olhos;
- c) Proceder a leve fricção sobre a pálpebra inferior.

7. Referências

SMITH – TEMPLE. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**, 3ª Edição, ARTIMED – Porto Alegre, RS, 2000.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico**, 8ª Edição, Editora Guanabara Koogan S.A, 1999.

4.3 Administração de Medicação por Via Oral

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Administrar medicações com apresentação em cápsulas, suspensão, gotas, comprimidos e pós, que serão absorvidos pelo trato gastrointestinal.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Sala de medicação, procedimento ou consultório, residência

4. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

5. Materiais

- Copos descartáveis;
- Esmagador de pílulas ou pilão (opcional);
- Conta-gotas;
- Papel toalha;
- Canudinho (se necessário)
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico ou impresso).

6. Descrição do Procedimento

- a) Avaliar e conferir a prescrição;
- b) Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a via conforme os “9 Certos” (POP sala de medicação);
- c) Rever as informações pertinentes à medicação como sua ação, efeito, dose normal e via de administração, efeitos colaterais, tempo de início e pico de ação e implicações para a enfermagem;
- d) Investigar qualquer contraindicação como incapacidade de engolir, náuseas/vômitos, inflamação no intestino ou peristaltismo reduzido, cirurgia gastrointestinal recente, aspiração gástrica e diminuição do nível de consciência;

- e) Avaliar o histórico de saúde e de alergias;
- f) Avaliar o conhecimento do paciente em relação à saúde e ao uso do medicamento;
- g) Higienizar as mãos;
- h) Selecionar o medicamento do estoque;
- i) Verifique nome, dose e data de validade do produto;
- j) Derramar a quantidade necessária dos comprimidos e/ou capsula na tampa do frasco e transfira a medicação para o copo descartável sem tocá-la;
- k) Retornar o excesso para o frasco;
- l) Verificar novamente os 9 Certos antes da administração;
- m) Explique a finalidade do medicamento e sua ação ao paciente, esclarecendo-o de possíveis dúvidas;
- n) Entregar o copinho com o medicamento e um copo com água ao paciente;
- o) Observar o paciente até que termine de deglutir o medicamento;
- p) Pedir para o paciente abrir a boca, quando não tiver certeza se o medicamento foi engolido;
- q) Recolher o material e desprezar os descartáveis;
- r) Higienizar as mãos;
- s) Checar a administração do medicamento na receita ou na prescrição eletrônica;
- t) Realizar anotações de enfermagem no sistema vigente.

7. Recomendações/Observações

- a) Não dividir o comprimido ao meio pois pode levar a erros de dose administrada.
- b) Caso não haja possibilidade de o paciente deglutir cápsulas, não se deve abri-las e administrar seu conteúdo diluído. Nesse caso, recomenda-se verificar com o médico a possibilidade de alteração da terapêutica medicamentosa.

8. Referências

DUMPE, M. L. ARCHER, E. **Procedimento e protocolos Práxis Enfermagem**. Editora: Guanabara Koogan, 2006, 740 páginas.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.

4.4 Terapia de Reidratação Oral (TRO)

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Corrigir o desequilíbrio hidroeletrolítico pela reidratação oral, prevenir a desidratação e seus agravos.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Materiais

- a) Envelope de Soro de Reidratação Oral (ou sais para reidratação oral) – SRO;
- b) Água filtrada ou fervida (fria);
- c) Jarra de 1 litro (vidro ou plástica com tampa);
- d) Copo descartável;
- e) Colher ou espátula;
- f) Colher de sopa ou de chá (copinho);
- g) Balança adulto e infantil;
- h) Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico ou impresso).

6. Descrição do Procedimento

- a) Avaliar e conferir a prescrição;
- b) Conferir os 9 Certos (vide POP medicação);
- c) Investigar qualquer contraindicação como incapacidade de engolir, náuseas/vômitos e diminuição do nível de consciência;
- d) Avaliar o histórico de saúde e de alergias;
- e) Higienizar as mãos;
- f) Selecionar o medicamento do estoque;

- g) Verificar a data de validade do produto;
- h) Pesar o paciente no início da TRO e a cada hora;
- i) Diluir um envelope de SRO em 1 litro de água;
- j) Determinar a quantidade de soro a ser administrada durante as primeiras quatro horas, conforme Protocolo de Atenção à Saúde da Criança;
- k) Reavaliar o paciente e classificá-lo quanto à desidratação;
- l) Orientar o paciente e/ou acompanhante a introduzir a dieta o mais breve possível;
- m) Recolher o material e desprezar os descartáveis;
- n) Higienizar as mãos;
- o) Checar a administração do medicamento na receita ou na prescrição;
- p) Realizar anotações de enfermagem no sistema de informação vigente e prontuário do paciente.

7. Recomendações/Observações

- a) A solução SRO deve ser oferecida em curtos intervalos, usando copo, colher ou seringa plástica, toda vez que o paciente desejar ou evacuar, no volume que aceitar.
- b) O uso de mamadeiras associa-se com maior risco de vômitos.
- c) Se o paciente vomitar, aguardar 10 (dez) minutos e reiniciar a ingesta lentamente.
- d) Observar se os sinais de desidratação permanecem, tais como: inquietação e irritabilidade, olhos fundos, ingestão ávida de líquidos, sede intensa, boca seca e com ausência de saliva, ausência de lágrimas e o sinal da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior).
- e) Caso o paciente apresente sinais de choque, o mesmo deverá ser encaminhado para a unidade de referência para tratamento.

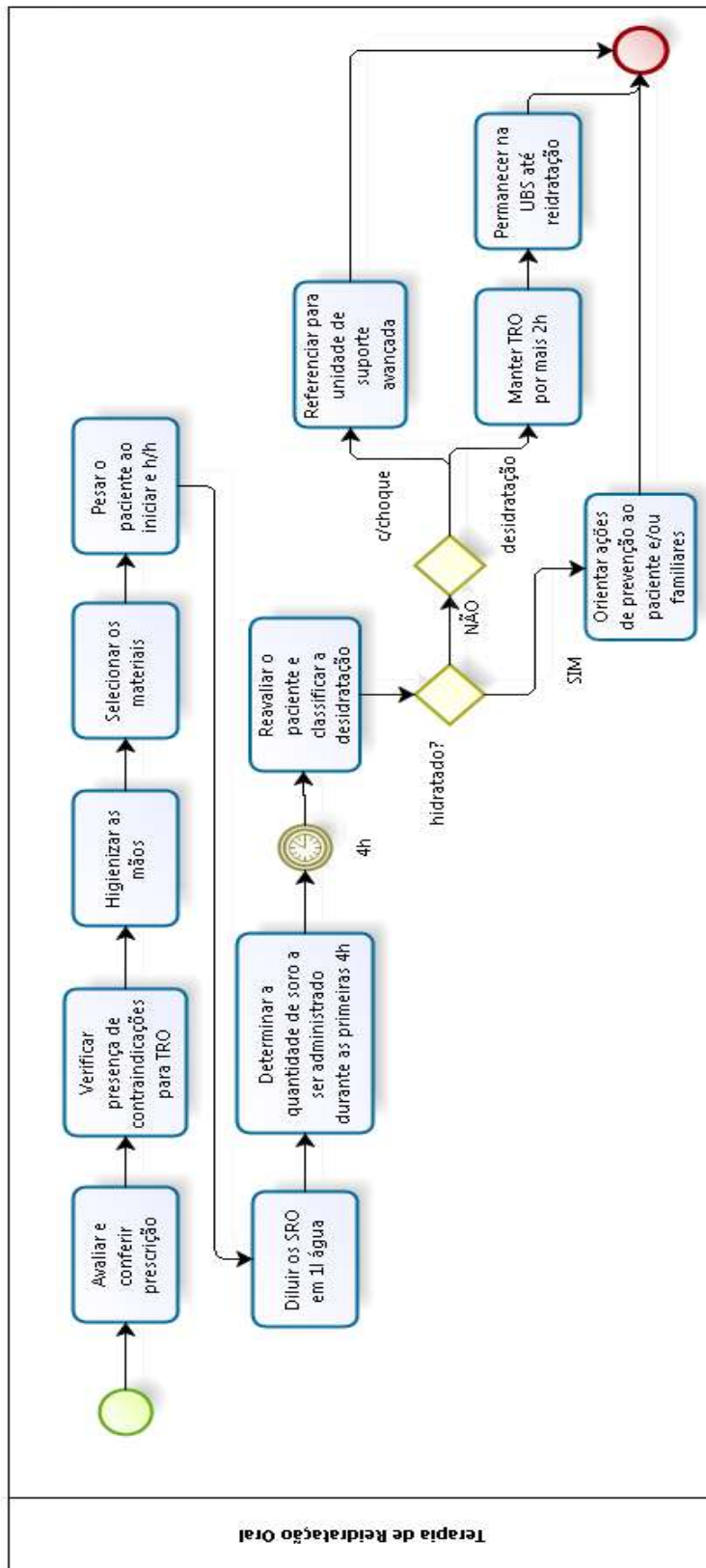
8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Paciente com Diarreia**. Brasília, 2014.

_____. **Caderno de Atenção básica nº 28**: Acolhimento a demanda espontânea, queixas mais comuns na Atenção básica, vol. II. Brasília, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – GO. **Protocolo de enfermagem na APS no Estado de Goiás**. Goiânia, 2017. 336 p.

9. Fluxograma



4.5 Administração de Oxigênio por Cateter Nasal tipo “Óculos”

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de instalação do cateter tipo óculos e administração de oxigenoterapia.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde e/ou domicílio

4. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

5. Materiais

- Oxigênio canalizado ou em torpedão;
- Cateter tipo óculos;
- Umidificador de oxigênio;
- Água destilada.

6. Descrição do Procedimento

- a) Conferir a prescrição;
- b) Higienizar as mãos e reunir o material;
- c) Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente;
- d) Colocar água destilada no copo do umidificador até a marca indicada (2/3 da capacidade);
- e) Conectar o umidificador ao fluxômetro de oxigênio e testá-lo;
- f) Conectar uma extremidade da extensão de látex/silicone ao umidificador e outra ao cateter tipo óculos;
- g) Introduzir parte central do cateter tipo óculos nas fossas nasais do paciente e ajustá-lo por trás do pavilhão auricular bilateralmente;

- h) Ligar fluxômetro de oxigênio lentamente até atingir o volume de oxigênio prescrito;
- i) Higienizar as mãos;
- j) Registrar em prontuário e sistema de informação vigente;
- k) Organizar o ambiente.

7. Recomendações/Observações

- a) Registrar o padrão respiratório do paciente antes e depois da oxigenoterapia.
- b) A administração de oxigênio deve ser feita com o mesmo cuidado que se dedica a administração de qualquer medicação.

8. Referências

SMITH – TEMPLE. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**, 3ª Edição, ARTIMED – Porto Alegre, RS, 2000.

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico**, 8ª Edição, Editora Guanabara Koogan S.A, 1999.

4.6 Administração de Medicação por Nebulização/Inalação

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Fornecer alívio rápido para problemas respiratórios, umidificar as vias respiratórias e fluidificar secreções para facilitar sua expulsão e ajudar no tratamento medicamentoso de doenças pulmonares.

2. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de medicação, procedimento ou consultório, residência

5. Materiais

- Máscara e câmara de nebulização (tamanho adulto e pediátrico);
- Extensão em silicone específico com conector de rosca para o fluxômetro;
- Fluxômetro;
- Soro fisiológico a 0,9%;
- Papel toalha;
- Prescrição (eletrônica ou impressa);
- EPI necessário.

6. Descrição do Procedimento

- a) Verificar prescrição médica;
- b) Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a forma de administração (9 certos);
- c) Rever as informações pertinentes à medicação como sua ação, efeito, dose, efeitos colaterais e implicações para a enfermagem;

- d) Avaliar o histórico de saúde e de alergias medicamentosas e alimentares do paciente - listar de forma extremamente clara no prontuário do paciente caso haja algum relato;
- e) Avaliar o conhecimento do paciente em relação à saúde e ao uso do medicamento e explicar a finalidade do medicamento e sua ação além esclarecer as dúvidas que surgirem;
- f) Higienizar as mãos;
- g) Selecionar o medicamento do estoque - verificar rótulo, dose e data de validade;
- h) Colocar o SF0,9% e a medicação no reservatório do inalador conforme prescrição;
- i) Montar o sistema e conectar o inalador à rede de oxigênio ou no inalador através do fluxômetro. Como regra geral, se a saturação for menor que 92%, usar oxigênio e, se for maior que 92%, poderá ser usado o inalador;
- j) Regular o fluxo verificando se há saída de névoa do inalador;
- k) Colocar a máscara sobre a face do paciente orientando-o a inspirar lenta e profundamente pelo nariz e expirar de forma mais prolongada pela boca semiaberta;
- l) Deixar o paciente confortável;
- m) Continuar observando o padrão, esforço respiratório e frequência respiratória;
- n) Disponibilizar para o paciente papel toalha e estimular a tosse para eliminar secreções;
- o) Desligar o fluxômetro e finalizar a inalação após término de saída da névoa sob a máscara inalatória;
- p) Recolher os materiais utilizados e descartá-los para limpeza e armazenamento;
- q) Higienizar as mãos;
- r) Checar os procedimentos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente e sistema de informação vigente.

7. Recomendações/Observações

- a) Observar durante o procedimento, o padrão e esforço respiratório, frequência respiratória e cardíaca, ausculta pulmonar e oximetria e quando identificar alterações, solicitar avaliação médica.
- b) Atentar para complicações como: intoxicação por concentrações altas de oxigênio; sensação de sufocamento; efeitos colaterais com beta2-adrenérgicos (tremores, taquicardia e palpitações).
- c) Em casos de insuficiência respiratória, deve-se deixar o carro de emergência preparado e próximo.
- d) O material de nebulização deverá ser lavado conforme POP Lavagem de Materiais para Vias Aéreas.
- e) Após a nebulização é importante estimular a tosse e exercícios de respiração profunda, para favorecer a eliminação de secreções.

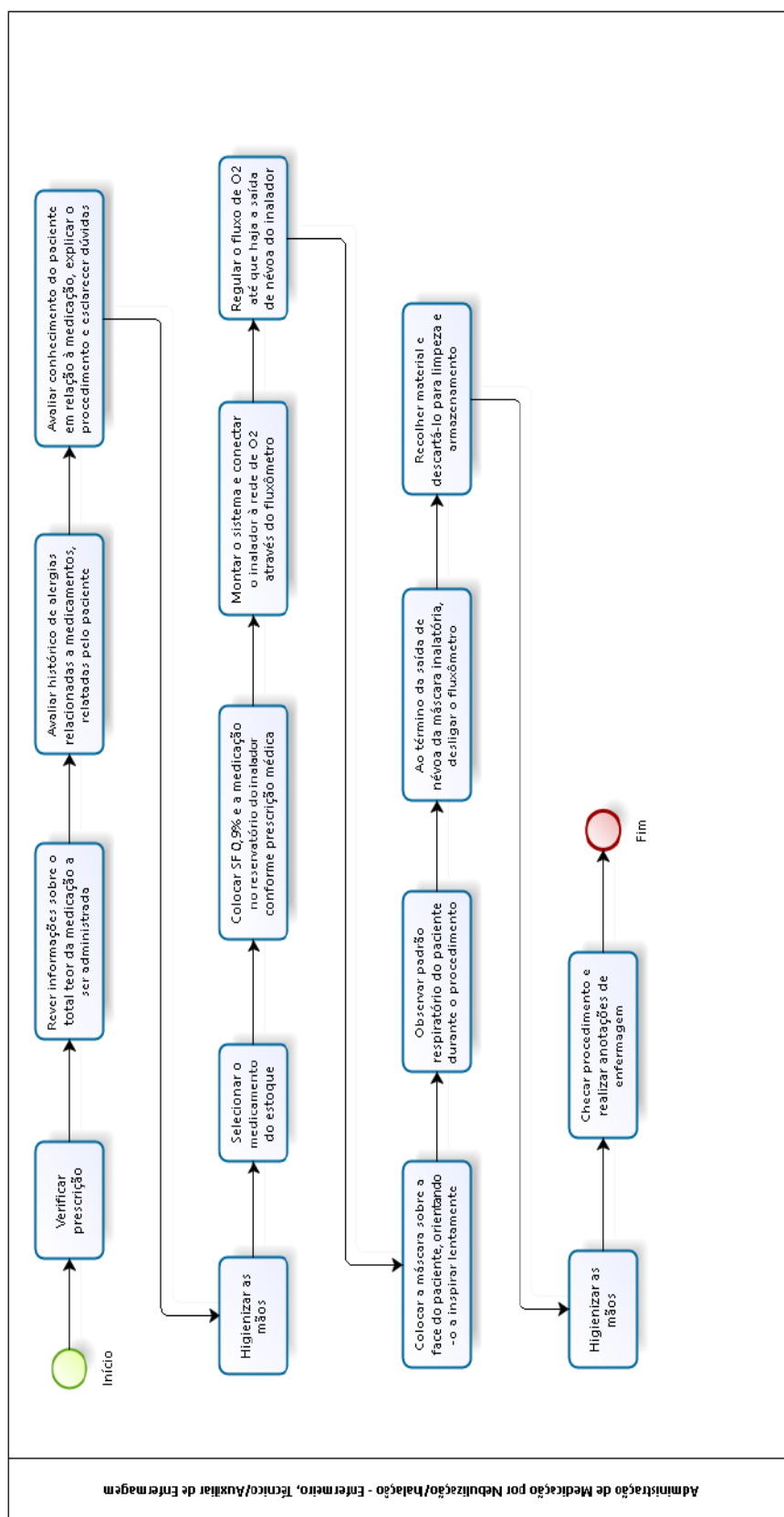
- f) Observar e anotar os sinais vitais, nível de consciência e oximetria- no prontuário do paciente.
- g) Manter os kits de nebulização (máscara, câmara de nebulização/copo e extensor) dentro de um saco plástico com identificação da data.
- h) Os líquidos usados na nebulização/inalação deverão ser estéreis.

8. Referências

DUMPE, M. L. ARCHER, E. **Procedimento e protocolos Práxis Enfermagem**. Editora: Guanabara Koogan, 2006, 740 páginas.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília**, 2013. 228 p.

9. Fluxograma



4.7 Administração de Medicação Via Retal

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Administrar medicamento/supositório.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

4. Local de Aplicação

Sala de procedimento ou consultório, residência

5. Materiais

- Bandeja;
- Supositório ou medicamento prescrito;
- Saco plástico;
- Luva de procedimento;
- Gaze e papel higiênico;
- Comadre (se necessário);
- Biombo;
- Equipamento de Proteção Individual (máscara, óculos de proteção, capote descartável).

6. Descrição do Procedimento

- a) Conferir a prescrição e reunir o material;
- b) Conferir o nome completo do paciente e explicar o procedimento;
- c) Higienizar as mãos;
- d) Proporcionar privacidade;
- e) Colocar forro impermeável/toalha sob o paciente;
- f) Colocar EPI;
- g) Colocar o paciente em posição de *Sims*;

- h) Cobrir com lençóis para expor apenas as nádegas;
- i) Entregar o supositório ao paciente e orientar a colocá-lo (se houver possibilidade); caso contrário, levantar a nádega superior do paciente com a mão não dominante e introduzir o supositório;
- j) Utilizar o dedo indicador da mão dominante, inserir o supositório, lubrificado, cerca de 7,5cm até sentir que ele ultrapassou o esfíncter anal interno;
- k) Instruir o paciente a realizar várias respirações profundas pela boca;
- l) Garantir o conforto do paciente, encorajá-lo a ficar tranquilo e permanecer imóvel a maior parte do tempo possível e, se necessário, reter o supositório, pressionando o ânus com uma compressa de gaze;
- m) Orientar o paciente a aguardar o máximo de tempo que ele conseguir reter o medicamento;
- n) Ajudar o paciente a ir ao banheiro ou colocar comadre;
- o) Recolher o material em uma bandeja e encaminhar ao expurgo;
- p) Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- q) Remover óculos, capote, máscara e gorro respectivamente;
- r) Checar o procedimento;
- s) Realizar anotações de enfermagem no prontuário, anotando aspecto e quantidade de evacuação.

7. Recomendações/Observações

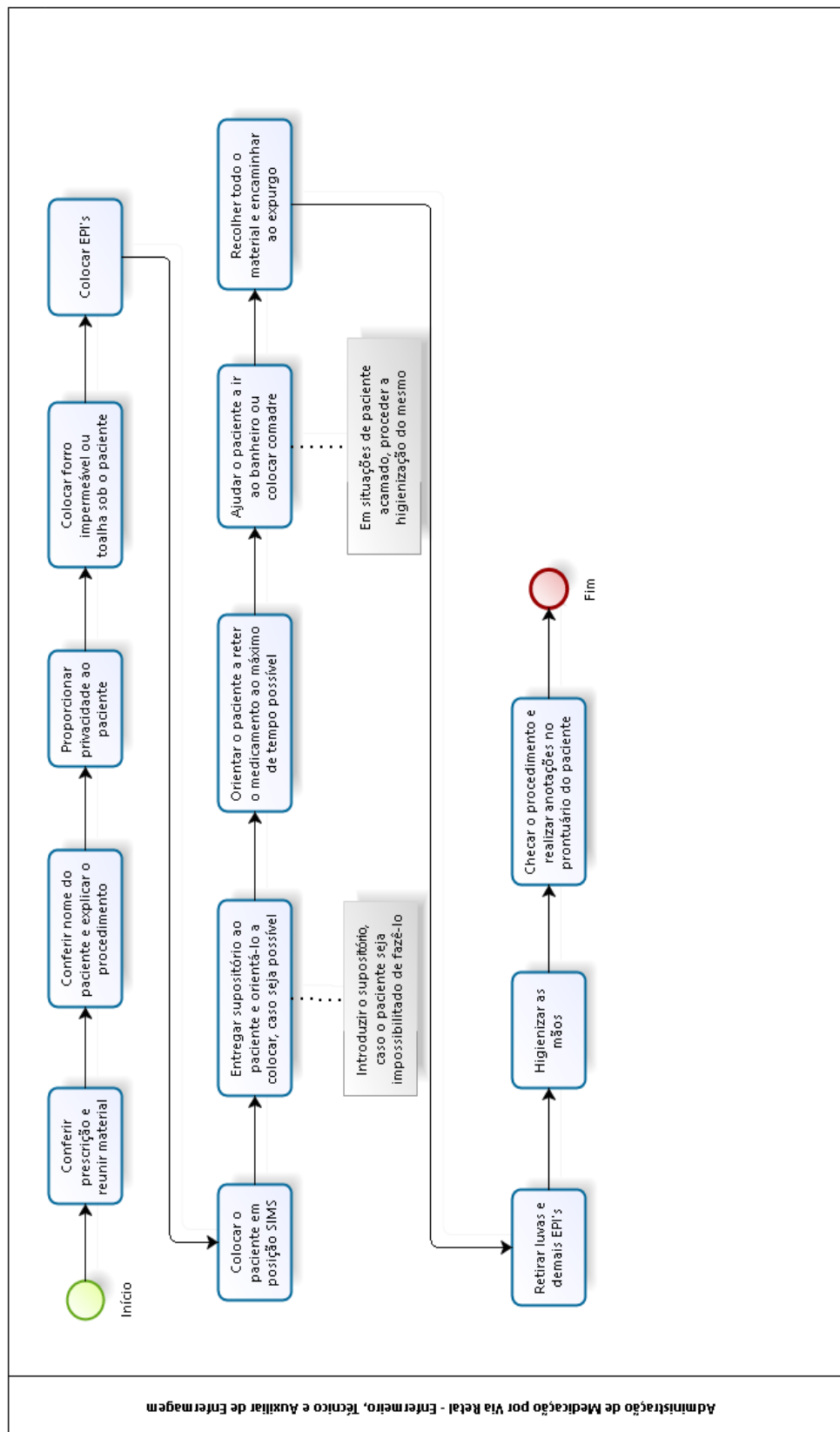
- a) O supositório recomendado para aliviar uma constipação intestinal deve ser retido pelo maior tempo possível (mínimo 20 min) para mostrar-se eficaz.
- b) Em caso de pomadas, o aplicador também deverá ser lubrificado.

8. Referências

DUMPE, M. L. ARCHER, E. **Procedimento e protocolos Práxis Enfermagem**. Editora: Guanabara Koogan, 2006, 740 páginas.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.

9. Fluxograma



4.8 Administração de Medicação por Via Subcutânea

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar a administração de soluções com absorção lenta.

2. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de medicação, procedimento ou consultório

5. Materiais

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa 1 ml;
- Agulha hipodérmica para retirada do medicamento;
- Agulha hipodérmica para administração da medicação;
- Luvas de procedimento;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito).

6. Descrição do Procedimento

- a) Verificar prescrição médica;
- b) Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a via (9 certos);
- c) Rever as informações pertinentes à medicação como sua ação, efeito, dose normal e via, efeitos colaterais, tempo de início e pico de ação e implicações para a enfermagem;
- d) Investigar qualquer contraindicação como pouca massa muscular, cicatrizes ou lesões, locais edemaciados e inflamados;
- e) Avaliar o histórico de saúde e de alergias medicamentosas e alimentares do paciente - listar de forma clara no prontuário do paciente caso haja algum relato;
- f) Avaliar o conhecimento do paciente em relação à saúde e ao uso do medicamento;

- g) Higienizar as mãos;
- h) Selecionar o medicamento do estoque - verificar rótulo, dose e data de validade;
- i) Realizar a assepsia de frascos e/ou ampolas com álcool a 70%;
- j) Aspirar o conteúdo da ampola/frasco conforme a prescrição com o cuidado de não contaminar a agulha;
- k) Trocar a agulha por uma nova;
- l) Organizar a área de trabalho - descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas;
- m) Explicar a finalidade do medicamento e sua ação ao paciente (esclarecer as dúvidas que surgirem);
- n) Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- o) Posicionar o paciente da forma mais confortável possível;
- p) Selecionar o local de aplicação;
- q) Procurar desviar a atenção do indivíduo por meio de uma conversa com questionamentos abertos para aliviar a tensão;
- r) Realizar a antisepsia do local com álcool a 70% e deixar secar;
- s) Segurar a bola de algodão ou gaze entre o terceiro ou quarto dedo da mão não dominante;
- t) Pinçar a dobra cutânea da região com o polegar e o indicador da mão não dominante. Medir a dobra desde o topo até a base (a agulha deve ter a metade do comprimento);
- u) Inserir a agulha de forma rápida e suave, em ângulo de 45°. Em paciente obeso, inserir a agulha a um ângulo de 90°, (a injeção “rápida como dardo” reduz o desconforto) – Vide figura 2.
- v) Continuar a pinçar a pele e liberar após administrar o medicamento;
- w) Injetar o medicamento de forma lenta e contínua;
- x) Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;
- y) Aplicar um algodão ou gaze no local da aplicação sem massagear;
- z) Recolher todo o material, descartar os perfuro cortantes no recipiente adequado;
- aa) Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- bb) Checar os procedimentos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente e sistema de informação vigente.

6.1 – Locais Recomendados para Aplicação de Medicação Subcutânea

- Face posterior externa do braço; abdômen - desde abaixo das margens costais até as cristas ilíacas; e, faces anteriores das coxas. O local escolhido deve estar livre de lesões cutâneas, proeminências ósseas e grandes nervos ou músculos subjacentes;

- O rodízio das partes do corpo para uma sequência de injeções propicia maior consistência na absorção de insulina. Figura I

7. Recomendações/Observações

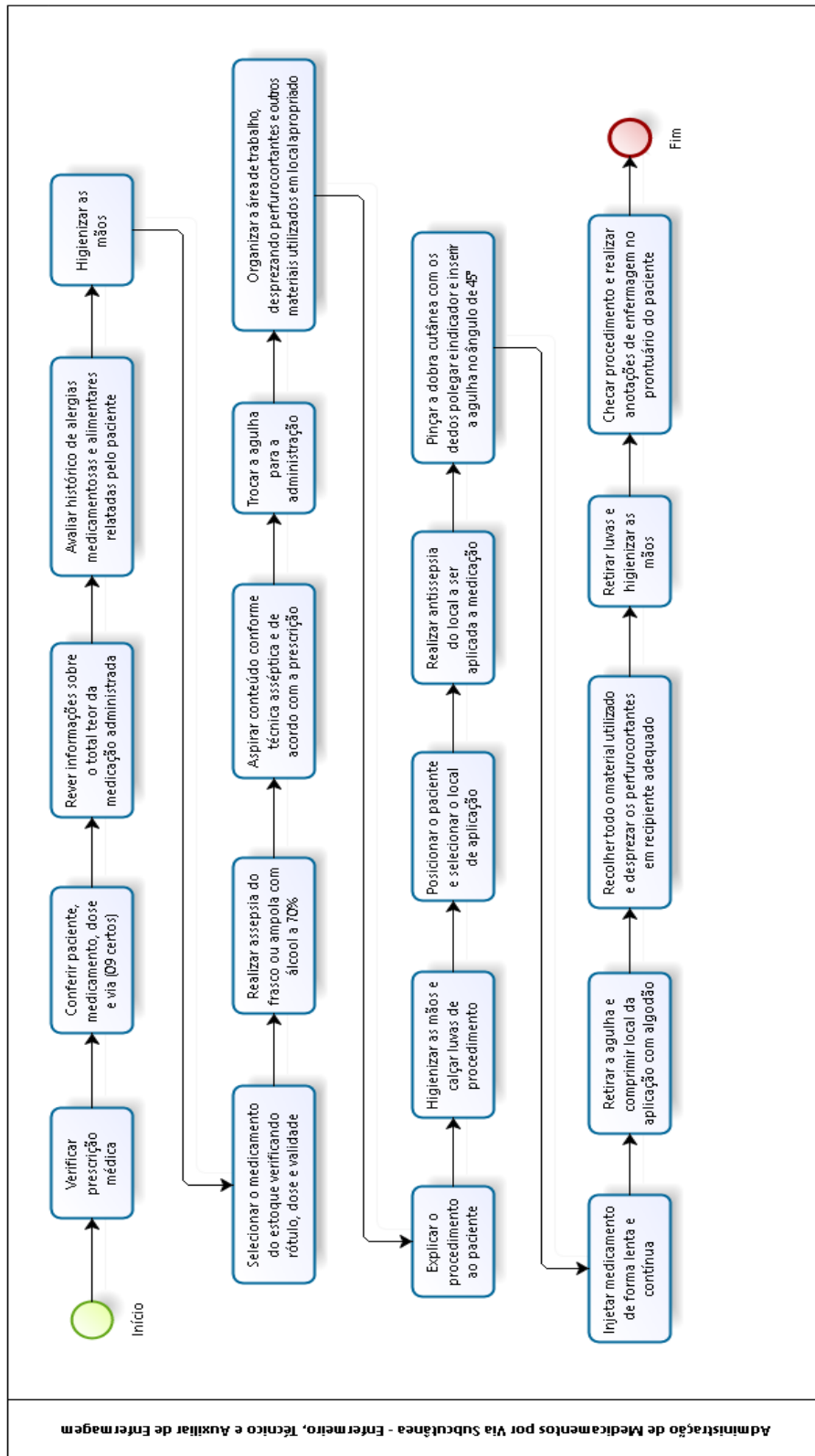
- a) Atentar para complicações por aplicação como: aparecimento de edema, rubor e dor, abscessos, embolias, lesão de nervos, necrose provocada por injeções repetidas no mesmo local e formação de tecido fibrótico.
- b) Não há necessidade de aspiração ao administrar injeções subcutâneas.
- c) Se mais de um tipo de insulina for necessário, poderá misturar dois tipos diferentes em uma mesma seringa se eles forem compatíveis. Se uma insulina regular e uma de ação intermediária forem prescritas, prepare primeiramente a regular, para evitar que ela seja contaminada pela de ação intermediária.

8. Referências

DUMPE, M. L. ARCHER, E. **Procedimento e protocolos Práxis Enfermagem**. Editora: Guanabara Koogan, 2006, 740 páginas.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília**, 2013. 228 p.

9. Fluxograma



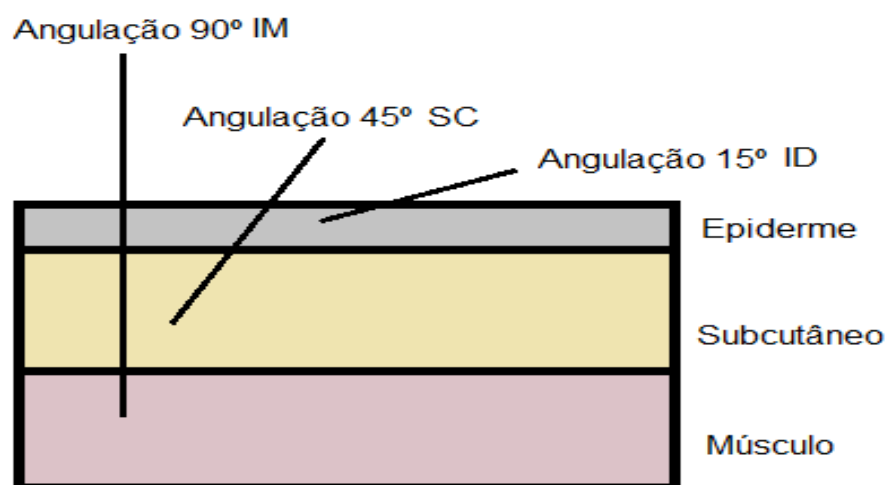
ANEXOS - Figura I – Locais de Aplicação



Fonte: <http://www.diabetes.med.br/como-aplicar-corretamente-insulina-pratique-o-rodizio-2/>

Referência: Mundo do Diabetes – www.mundododiabetes.com.br

Figura II – Angulações de inserção da agulha



Fonte: elaborado pelos autores

4.9 Preparo e Administração de Insulina Subcutânea

Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF

Portaria SES-DF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

Padronizar o procedimento para aplicação de insulina.

2. Finalidade do Procedimento

Preparar e administrar o medicamento (insulina) por via subcutânea.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de medicação

5. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

6. Materiais

- Bandeja ou cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Frasco de insulina;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Seringa de insulina de uso profissional;
- Frasco de insulina conforme prescrição médica.

7. Descrição do Procedimento

- a) Verificar prescrição médica;
- b) Higienizar as mãos;
- c) Calçar luvas de procedimento;
- d) Explicar o procedimento ao paciente;
- e) Rolar o frasco de insulina entre as mãos para misturá-la, antes de aspirar seu conteúdo.

- f) Aspirar antes a insulina de ação curta (regular) para que o frasco não se contamine com a insulina de ação intermediária (NPH), em caso de combinação de dois tipos de insulina. (Vide POP de mistura de preparo de insulinas);
- g) Definir local de aplicação conforme figura 1 em ANEXO, não é necessária desinfecção do local de aplicação com álcool;
- h) Pinçar o local de aplicação levemente entre dois dedos e inserir a agulha completamente, em ângulo de 90 graus para adultos e 45 graus para crianças. Não é necessário puxar o êmbolo para verificar a presença de sangue;
- i) Introduzir a insulina, mantendo a prega durante a injeção;
- j) Aguardar cinco segundos após a aplicação antes de se retirar a agulha do subcutâneo, para garantir injeção de toda a dose de insulina;
- k) Desprezar materiais utilizados em local apropriado;
- l) Retirar luvas e higienizar as mãos;
- m) Checar e registrar procedimento no prontuário.

8. Recomendações/Observações

- a) Em indivíduos muito magros introduzir agulha com ângulo de 45 graus para evitar aplicação intramuscular, com absorção mais rápida da insulina.
- b) É importante mudar sistematicamente o local de aplicação de insulina de modo a manter uma distância mínima de 1,5 cm entre cada injeção.
- c) Orientar o paciente a realizar as aplicações em locais diferentes para prevenir reaplicação no mesmo local em menos de 15 a 20 dias, evitando lipodistrofia.
- d) As insulinas lacradas precisam ser mantidas refrigeradas entre 2°C a 8°C.
- e) Após aberto, o frasco de insulina pode ser mantido em temperatura ambiente para minimizar dor no local da injeção, entre 15°C e 30°C, ou também em refrigeração, entre 2°C a 8°C.
- f) Orientar o paciente a anotar data de abertura do frasco. Após um mês do início do uso, a insulina perde sua potência, especialmente se mantida fora da geladeira.

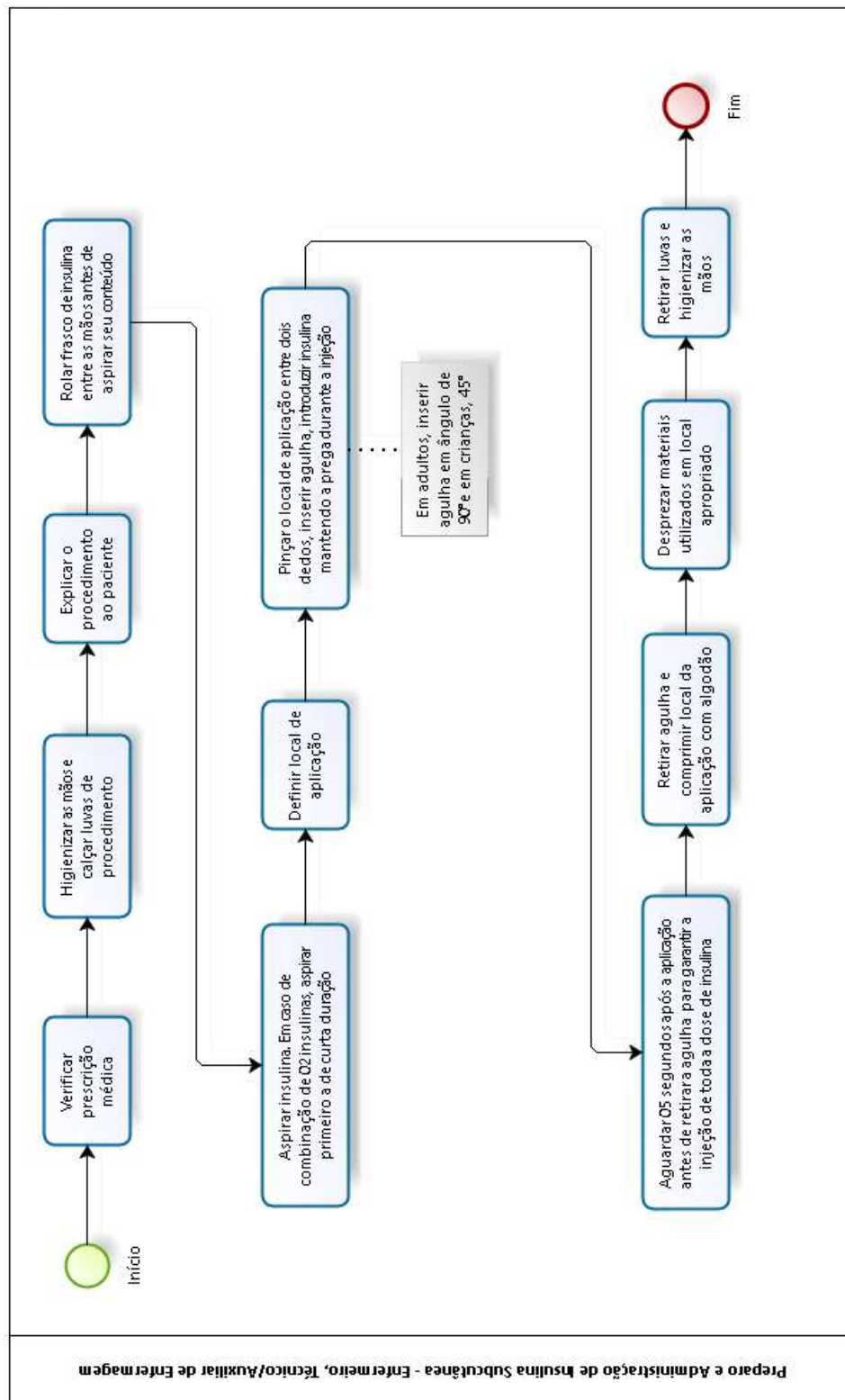
9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

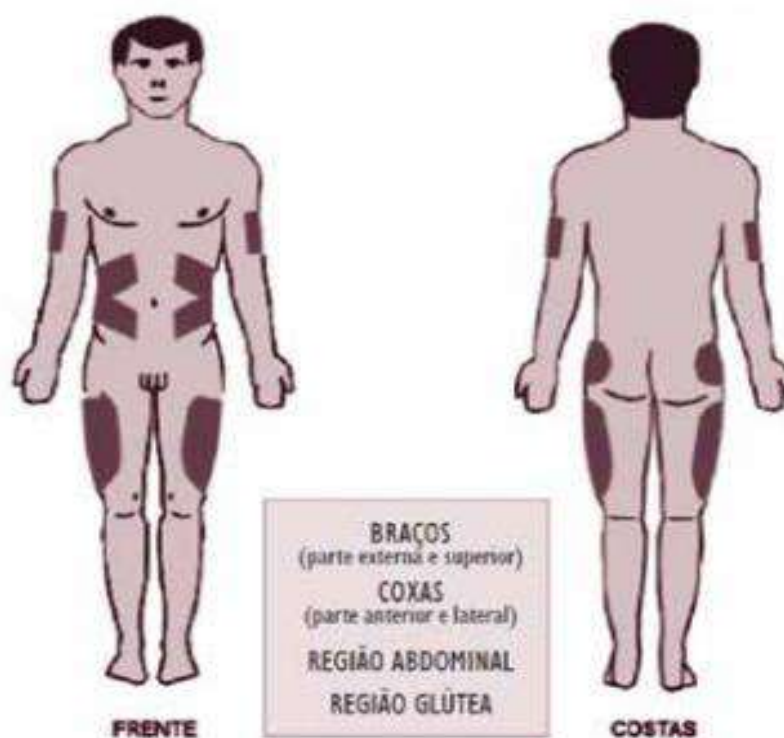
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus: Insulinoterapia**. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/07-diabetes-i.pdf. Acesso em: 14 fev. 2017.

10. Fluxograma



ANEXO - Figura 1 – Locais para rodízio de aplicação

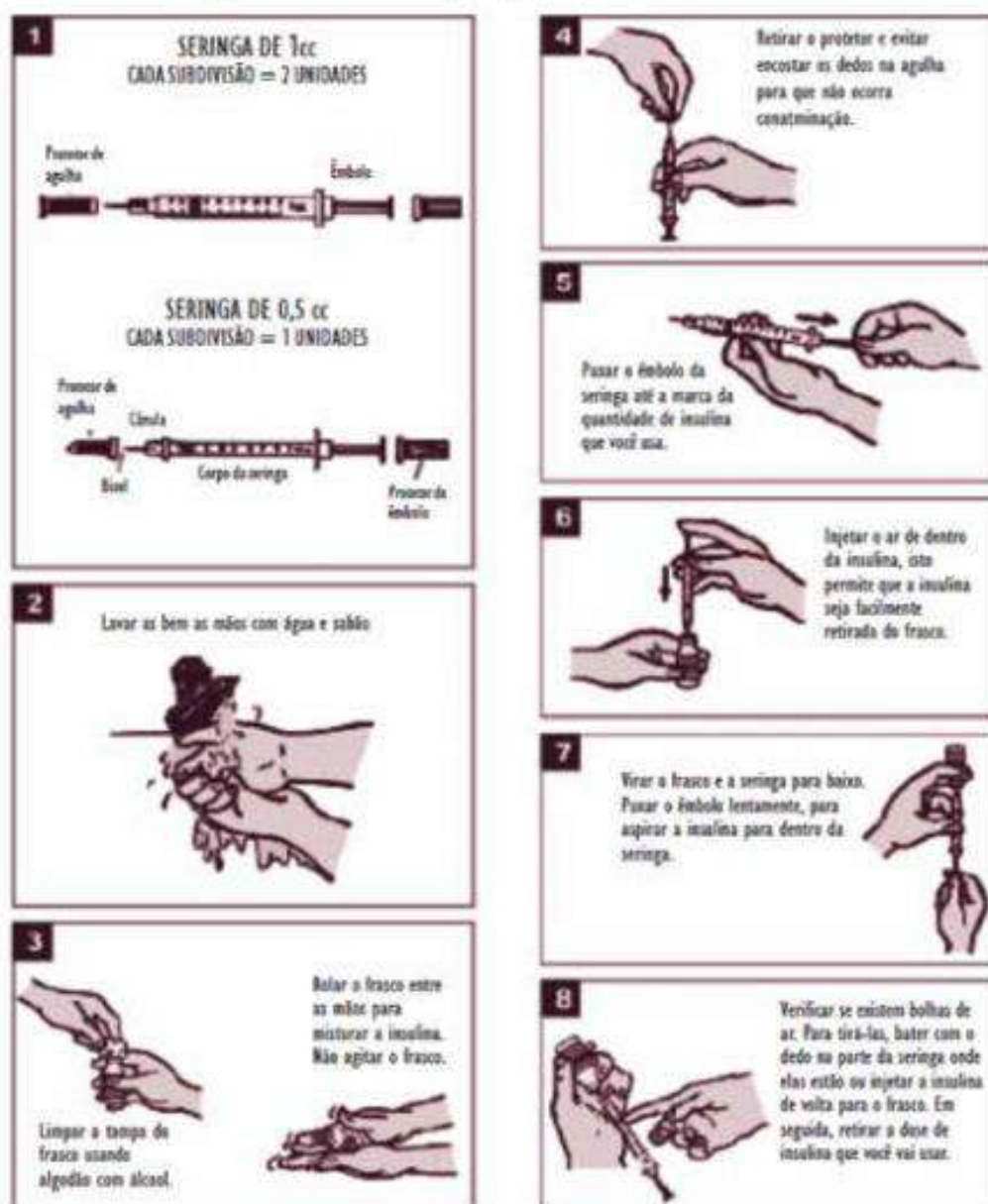


Você deve fazer o rodízio na aplicação diária de insulina para evitar complicações tais como hipertrofia ou atrofia no local.

Evite aplicar a insulina perto das juntas, na área da virilha, no umbigo e na linha média do abdômem.

Fonte: BRASIL, 2006.

Figura 2 – Aspiração



Fonte: BRASIL, 2006.