

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Guia de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

BRASÍLIA - 2018



“Para uma enfermagem comprometida com a Atenção Primária, por uma Atenção Primária que sonhamos”.

Governador do Distrito Federal	Rodrigo Sobral Rollemberg
Vice-Governador	Renato Santana Da Silva
Secretario da Secretaria de Estado de Saúde	Humberto Lucena Pereira da Fonseca
Secretário Adjunto de Assistência à Saúde	Marcus Vinícius Quito
Secretário Adjunto de Gestão da Saúde	Paulo Eduardo Guedes Sellera
Subsecretário de Planejamento em Saúde	Márcia Benevoto Jovanovic
Subsecretário de Atenção Integral à Saúde	Martha Gonçalves Vieira
Subsecretário de Vigilância à Saúde	Maria Beatriz Ruy
Subsecretário de Administração Geral	Marúcia Valença de Miranda
Subsecretário de Logística e Infraestrutura da Saúde	Emmanuel de Oliveira Carneiro
Subsecretária de Gestão de Pessoas	Mariane Santos Moraes
Fundo de Saúde do Distrito Federal	João Carlos de Aguiar Nascimento
Fundação Hemocentro de Brasília	Beatriz Mac Dowell Soares
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde	Maria Dilma Alves Teodoro
Controladoria Geral da Saúde e Ouvidoria	Rômulo Alves Carinhonha Silva
Assessoria Jurídica Legislativa	João Pedro Avelar Pires
Assessoria de Comunicação Social	Isadora de Paulo Fonseca Candelot
Conselho de Saúde do Distrito Federal	Lourdes Cabral Piantino
Coordenação de Atenção Primária à Saúde	Alexandra Gouveia de O. Miranda Moura

COORDENAÇÃO: Simone Alexandra Schwartz

ELABORADORES: Bruno Santos de Assis, Daniela Rossi Bonacasata; Lígia Maria Paixão Silva, Gilmar Antônio Rocha, Simone Alexandra Schwartz, Ludmilla Carolina Duarte Barbosa da Silva e Marluce Hilarino da Silva

COLABORADORES/AGRADECIMENTOS:

Adelma Leite de Lacerda Sena, Alexandra Gouveia de Oliveira Miranda Moura, Alexandre França Ricciardi, Aline da Cunha Daniel, Aline Couto Cesar, Alkíria Rodrigues Leite Fogaça, Angela Maria Sacramento, Ataíde Correia de Oliveira, Camila Ribeiro Moura Menezes, Carlos da Costa Dantas, Celina Marcia Passos de Cerqueira e Silva, Cristiane Resende Silva, Danyelle Lorrane Carneiro Veloso, Denise Leite Ocampos, Dina Laine Coutinho de Castro Azevedo, Diva Maria Prevítera Passos de Souza, Dorineide Dias de Oliveira, Elineuda Carneiro dos Santos, Elisabete Alves de Sousa da Costa, Fernanda Barros do Nascimento, Fernanda Camila Lima de Torres, Fernanda Viana, Fernanda Vieira de Souza Canuto, Françoise Vieira Barbosa, Gilcelia Oliveira da Silva, Gláucio Coelho Grijo, Helen Altoé Duar Bastos, Ildelene Silva, Dantas de Oliveira, Ivoneide Duarte Cordeiro Giovanetti, Josethe Rose da Silva Gonçalves, Juliana de Vasconcellos Thomas, Juliana Saboia Fontenele e Silva, Karla Silva Lira, Katia Claro dos Santos Bezerra, Kelly Rodrigues da Costa Silva, Lauda Baptista Barbosa Bezerra de Melo, Lindivania Brandão Bispo, Lucas Marani Bahia Duca, Luiz Henrique Mota Ourives, Marcelo Moreira Corgozinho, Marcia Pereira dos Santos, Maria Amélia Neri Fraga, Maria Aparecida Penso, Maria Auxiliadora Benevides, Maria de Fátima Campelo da Silva, Marina Biaggini, Marina Costa, Michelle Andreza Falcão Rodrigues, Miriam Oliveira dos Santos, Olga Maíra Machado Rodrigues, Patrícia De Castro Mendonça Queiroz, Paulo Antonio Dias, Raquel Fernandes Sampaio, Rayane Silva dos Santos, Ricardo Saraiva Aguiar, Rosemeire Vidal da Silva, Sérgio André D'Avila da Silva, Sílvia Rejane Alves Bezerra, Suraima Maranhão da Silva, Thais Garcia Amancio, Walkíria Warley Ferreira, Zildene Bitencourt
CPPAS (Marcondes Siqueira Carneiro)

Arte e design: Danielle Freire – Ascom



© 2017 Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde/SES-DF

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Subsecretaria.

Elaboração, Distribuição e informações

Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN), Fim da Asa Norte, Bloco B

Antigo Prédio da Câmara Legislativa do Distrito Federal

CEP: 70086-900 – Brasília/DF

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde.

Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal / Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde. – Brasília: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017.

377 p.: il. – (Guia de Enfermagem da APS/DF)



APRESENTAÇÃO

Prezados leitores,

A Atenção Primária à Saúde (APS) 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 saúde.

No Distrito Federal 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 (PNAB). Estas mudanças iniciaram com a publicação da Política de Atenção Primária à Saúde do DF através da publicação da Portaria nº 77 de 14/02/2017.

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 17/11/2016 - assim como sua implantação e padronização em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) 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.

Foi dado um passo inicial para a normatização das boas práticas da profissão na APS/DF, porém, há um extenso trabalho a ser realizado em relação à padronização das



ações que devem ser realizadas pelo enfermeiro na APS, como: implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), Processo de Enfermagem, abordagem familiar e comunitária, entre outras.

Neste contexto a Coordenação de Atenção Primária à Saúde (COAPS) 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 (POP) e respectivos fluxogramas.

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

O presente guia deverá auxiliar o enfermeiro e equipe de enfermagem nos processos de coordenação, planejamento e gestão da unidade de saúde, organizando e equilibrando as atividades de gestão e cuidado, no entanto a publicação desta ferramenta só fará sentido e trará benefícios aos profissionais e usuários quando estiver efetivamente sendo discutida e implantada nos serviços das Unidades Básicas de Saúde.

Contudo, faz-se necessário destacar que após todo esforço destinado a implantação do protocolo em questão, a recompensa de se ter um processo de trabalho padronizado, organizado e fluido repercutirá não apenas nos usuários, mas também em todos os profissionais envolvidos na gestão e assistência.

Humberto Lucena Pereira da Fonseca
Secretário de Saúde do Distrito Federal



Sumário

APRESENTAÇÃO	5
<u>CAPÍTULO I - A ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE COMO EIXO ESTRUTURANTE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</u>	11
<u>CAPÍTULO II - ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL</u>	13
<u>CAPÍTULO III - CONCEITOS E DEFINIÇÕES</u>	16
<u>CAPÍTULO IV - NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO</u>	27
1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
1.1 ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	27
1.2 VIGILÂNCIA NUTRICIONAL E MONITORAMENTO DO CRESCIMENTO INFANTIL	29
1.3 ACOMPANHAMENTO BIOPSISSOCIAL DE ADOLESCENTES	32
1.4 ATENÇÃO À MULHER COM GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL	39
1.5 ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO E PÓS ABORTAMENTO	46
1.6 ESTÍMULO A PATERNIDADE ATIVA	49
1.7 EXTRAÇÃO MANUAL DO LEITE HUMANO	53
1.8 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO AO INGURGITAMENTO MAMÁRIO	55
1.9 ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA ACOMETIDA DE MASTITE	57
1.10 EXAME CLÍNICO DE MAMAS PARA RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA	61
1.11 AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (PAS)	63
1.12 IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)	70
2. ATIVIDADES EDUCATIVAS	
2.1 ATIVIDADE EDUCATIVA COLETIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	73
2.2 ROTEIRO PARA ATIVIDADE COLETIVA DE HIPERTENSÃO (HAS)	76
2.3 ROTEIRO PARA ATIVIDADES COLETIVAS DE DIABETES MELLITUS (DM)	78



3. URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

3.1 ORGANIZAÇÃO, CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA	80
3.2 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR	98
3.3 ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS	104

4. TÉCNICAS PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA

4.1 ROTINA DE ATIVIDADES DA SALA DE MEDICAÇÃO	109
4.2 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA OCULAR	120
4.3 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL	122
4.4 TERAPIA DE REIDRATAÇÃO ORAL (TRO)	124
4.5 ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR CATETER NASAL TIPO “ÓCULOS”	127
4.6 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO	129
4.7 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO VIA RETAL	133
4.8 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA SUBCUTÂNEA	137
4.9 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA SUBCUTÂNEA	142
4.10 PREPARO DA MISTURA DE INSULINAS NPH (<i>NEUTRAL PROTAMINE HAGEDORN</i>) E REGULAR NA MESMA SERINGA	147
4.11 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA INTRAMUSCULAR	150
4.12 ADMINISTRAÇÃO DE BENZILPENICILINA BENZATINA	155
4.13 ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO POR VIA ENDOVENOSA	159
4.14 PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA COM CATETER	162

5. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO

5.1 COLETA DE SANGUE PARA TRIAGEM NEONATAL BIOLÓGICA NO RECÉM-NASCIDO (RN)	169
5.2 COLETA DE SANGUE VENOSO	175
5.3 TESTAGEM RÁPIDA DE HIV, SÍFILIS E HEPATITE	180
5.4 COLETA DO MATERIAL CITOPATOLÓGICO PARA RASTREAMENTO DE CÂNCER DO COLO CERVICAL	188
5.5 TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ (TRG)	192
5.6 REALIZAÇÃO DE ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	196
5.7 AFERIÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR	199
5.8 COLETA DE ESCARRO PARA EXAME DE BK (BACILO DE KOCH)	203
5.9 COLETA DE URINA PARA UROCULTURA OU ANÁLISE BIOQUÍMICA	208
5.10 APLICAÇÃO DO TESTE DE <i>SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY</i> (SPBB) - VERSÃO BRASILEIRA	211
5.11 PROVA DO LAÇO	220



6. PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS AUXILIARES

6.1 ROTINAS DE ATIVIDADES DA SALA DE PROCEDIMENTOS	224
6.2 RETIRADA DE PONTOS	228
6.3 REALIZAÇÃO DE CURATIVO	231
6.4 ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM OSTOMIA	236

7. VACINAÇÃO

7.1 ROTINA DE ATIVIDADES DA SALA DE VACINAÇÃO	240
7.2 ORGANIZAÇÃO DOS IMUNOBOLÓGICOS NA CÂMARA REFRIGERADA	258
7.3 AMBIENTAÇÃO DAS BOBINAS REUTILIZÁVEIS PARA USO DIÁRIO	262
7.4 LIMPEZA DO REFRIGERADOR DE ARMAZENAMENTO DE IMUNOBOLÓGICOS	270
7.5 PLANO DE CONTINGÊNCIA PARA SALA DE VACINA	274

8. SONDA GENS

8.1 SONDA NASOGÁSTRICA	284
8.2 SONDA VESICAL DE DEMORA	288
8.3 SONDA VESICAL DE ALÍVIO	291

9. DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

9.1 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DENGUE	295
9.2 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE CHIKUNGUNYA (CHIKV)	300
9.3 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE FEBRE AMARELA	304
9.4 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL (LV)	307
9.5 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE MALÁRIA	311
9.6 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE HANTAVIROSE	313
9.7 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE LEPTOSPIROSE	317
9.8 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE HANSENÍASE	321
9.9 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE FEBRE MACULOSA	324
9.10 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE TUBERCULOSE	327

10. MANEJO DE INSTRUMENTAIS PARA ESTERILIZAÇÃO

10.1 HIGIENIZAÇÃO DE MATERIAL PARA VIAS AÉREAS	335
10.2 ATIVAÇÃO DO DETERGENTE ENZIMÁTICO	339



10.3 HIGIENIZAÇÃO DA SUBCÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA	343
10.4 LIMPEZA DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS E ARTIGOS PARA SAÚDE	346
10.5 TÉCNICAS DE EMBALAGEM DE INSTRUMENTOS E MATERIAIS	349
10.6 MONTAGEM DE BANDEJA DE CATETERISMO VESICAL	356
10.7 MONTAGEM DE BANDEJA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)	358
10.8 MONTAGEM DE CARGA PARA AUTOCLAVE	360
10.9 MONITORIZAÇÃO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO EM AUTOCLAVES A VAPOR COM SISTEMA DE PRÉ-VÁCUO	362
10.10 RETIRADA DO MATERIAL ESTERILIZADO DAS AUTOCLAVES	366
10.11 LIMPEZA DAS AUTOCLAVES	368
10.12 DESINFECÇÃO CONCORRENTE DO EXPURGO	370
11. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	
11.1 ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES EM SAÚDE DOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA	373
12. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	
12.1 PLANEJAMENTO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)	378
13. PROTEÇÃO INDIVIDUAL DO PROFISSIONAL	
13.1 RECOMENDAÇÕES QUANTO À APRESENTAÇÃO PESSOAL NA ROTINA PROFISSIONAL	385
13.2 USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) NA SALA DE EXPURGO	387



CAPÍTULO I - A Enfermagem de Família e Comunidade como Eixo Estruturante da Atenção Primária à Saúde

A Saúde da Família tem se constituído em um novo campo de atuação para a Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que a Estratégia mudou a ênfase no cuidado médico centrado para um cuidado em equipe, o qual colocou o profissional de enfermagem em posição para lidar com a saúde coletiva e desta forma faz-se necessária a revisão do modo como vem se organizando e processando o trabalho.

Sobre esse contexto, Dutra et al. (2016) acrescentam ainda que na busca pela integralidade da atenção, a Enfermagem vem ampliando o seu espaço na área da saúde, tanto no contexto nacional quanto internacional.

De acordo com Silva, Motta e Zeitoune (2010), a Estratégia Saúde da Família tem o enfermeiro como um importante membro da equipe básica multidisciplinar, o que se leva a considerar uma forte representatividade e reconhecimento da sociedade deste profissional, pois trata-se um protagonista no processo de consolidação da Estratégia como política integrativa e humanizadora da saúde.

A atuação da equipe de enfermagem na APS de uma capital como o Distrito Federal, com grandes dimensões e três milhões de habitantes, requer, não somente conhecer as boas práticas da profissão, mas, sobretudo ser gestor da sua própria equipe, estabelecer as regras, os limites e as possibilidades da atuação profissional. As atividades variam desde o planejamento, organização, execução e avaliação das ações, consulta de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição, solicitação de exames até supervisão de sua equipe de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde.

É importante ressaltar que todas estas atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem no âmbito da APS são resguardadas por vários pressupostos éticos legais, e que dentre eles destacam-se o Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que descreve quem são os profissionais de enfermagem e suas atribuições, mas não faz distinção entre o trabalho do enfermeiro no âmbito da APS e nos demais níveis de atenção à saúde, a Resolução do COFEN nº 311/2007 que reformula o Código de Ética de Enfermagem e dispõe sobre todos os direitos, deveres, responsabilidades e proibições nas relações profissionais da enfermagem, além das Portarias nº 218 de 16/10/2012 que normatiza a prescrição de



medicamentos e a solicitação de exames pelo enfermeiro que atua nos Programas de Saúde Pública conforme protocolos e rotinas adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - SES-DF e a nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sendo assim, Oliveira et al. (2011) destacam que o profissional de enfermagem, assim como todos os demais profissionais atuantes na área da saúde, também deve rever continuamente seu processo de trabalho tendo em vista as constantes e contínuas transformações pois as transformações em suas áreas de atuação. Desta forma, torna-se de fundamental importância que as instituições de saúde estejam atentas a essas transformações e que, continuamente, também revejam as técnicas de educação e capacitação de recursos humanos.

Ainda sob a reflexão dos autores supracitados, cada profissional da equipe, entre eles o enfermeiro possui seu papel e sua missão, os quais não estão relacionados apenas ao centro de suas competências, mas também à promoção da motivação para participação e colaboração com os outros atores da APS.

Sendo assim, faz-se necessário destacar o papel de dupla representação que cai sobre o (a) enfermeiro (a), onde por um lado é visto como um profissional ligado diretamente à arte do cuidado, mas por um outro lado é visto como um gestor, administrador nato das necessidades e expectativas geradas pela instituição de saúde (MOURA et al. 2010).

Contudo, destaca-se que ao contrário do que muita gente pensa, a assistência de enfermagem na APS a cada dia vem utilizando tecnologias de elevada complexidade, entretanto de baixa densidade com intuito de resolver as demandas de saúde com maior incidência e relevância de sua região, ou seja, mesmo não tendo equipamentos caros e de tecnologia elevada, como tomógrafos por exemplo, é importante que toda a equipe de enfermagem deve possuir um conhecimento amplo dos seus saberes além de envolvimento com o serviço e com o trabalho em equipe.

Desta forma, justifica-se a necessidade de constante aprimoramento e aperfeiçoamento não apenas do (a) enfermeiro (a), mas de toda a equipe de enfermagem, de forma a garantir a todos os usuários, uma assistência integral em todos os ciclos de vida e livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência, do nascer ao morrer.



CAPÍTULO II - Estrutura organizacional da Enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Com o processo de descentralização e fortalecimento da regionalização publicado em janeiro de 2016 através do decreto 37.057 de 14/01/2016, foi incorporada no organograma da Diretoria Regional de Atenção Primária (DIRAPS) a Gerência de Enfermagem da APS.

O principal objetivo desta gerência é prover ao profissional de enfermagem a segurança e o compromisso ético, necessários para que atuem com autonomia e proporcionem ao usuário do sistema de saúde uma atenção de qualidade. A criação desta gerência é considerada um avanço, e, não significa apenas uma gestão ligada especificamente ao profissional de enfermagem, ao contrário, é adiantar-se no aumento da resolutividade na assistência e consolidação do sucesso da Reorganização da Atenção Primária no DF com ênfase na composição de equipes ESF.

Para Barbosa (2004) a enfermagem tem reafirmado o profissional enfermeiro como profissional através da gestão, pela relevância de seus serviços ao processo de saúde, sendo figura indissolúvel ao processo de gestão dos serviços e programas de saúde, demonstrando sua capacidade em implantar, manter e desenvolver as políticas de saúde em sua totalidade de ações.

Diante disso, não há como o profissional enfermeiro desenvolver, implementar e executar as estratégias que integram a ESF/APS sem que este esteja investido da atuação gerencial para que se efetive as ações de promoção e prevenção em saúde preconizados pela estratégia.

De acordo com Lazzarotto (2001), o enfermeiro gerente deve promover o treinamento e controle da equipe e atividades consideradas como gerenciais. Como gerente da assistência de enfermagem na APS, o enfermeiro deve ser o gerador de conhecimento, mediante o desenvolvimento de competências, introduzindo inovações à equipe, definindo responsabilidades. Esta conquista da poder e autonomia à categoria e os motiva para a busca de uma maior valorização profissional.

Neste sentido, a SES-DF está comprometida em atender às determinações da Lei 7.498/86 (Legislação de Enfermagem) e preservar a autonomia da profissão, garantindo aos profissionais o direito legal de desenvolver papéis, funções, competências e saberes



adquiridos, com eficiência e eficácia, na construção de uma política de saúde realmente voltada para o atendimento das necessidades da população.

Atualmente encontramos uma assistência de enfermagem fragmentada e pouco uniformizada e menos resolutiva do que se espera. Em alguns casos, a falta de protocolo que descreva as rotinas e as atribuições de cada profissional nas instituições gera uma ansiedade no profissional enfermeiro. Os enfermeiros deverão ser acompanhados e/ou capacitados em relação aos protocolos existentes e quando da falta deste serem chamados à discussão para elaboração de novos. Estes protocolos devem ser vistos obrigatoriamente em conjunto com as linhas de cuidado onde é preconizada uma atenção multiprofissional, envolvendo os dentistas, médicos, nutricionistas, psicólogos, e demais profissionais de saúde. Cada instituição deveria ter o seu protocolo de funcionamento, o que facilitaria para o enfermeiro executar suas funções, que é um direito do profissional, sem ultrapassar os limites da sua competência (NASCIMENTO, 2006).

De acordo com o Decreto 38.017 de 21 de fevereiro de 2017 que aprova o Regimento Interno das Superintendências das Regiões de Saúde, publicado no DODF nº39, em 23/02/2017, as Competências das Gerências de Enfermagem estão descritas no seu Art. 64:

Às Gerências de Enfermagem, unidades orgânicas de execução diretamente subordinadas às Diretorias Regionais de Atenção Primária à Saúde, compete:

I - Planejar, coordenar, supervisionar e avaliar as atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde referente à assistência de enfermagem nas unidades de Atenção Primária à Saúde de sua área de abrangência;

II - Orientar e apoiar tecnicamente os supervisores de enfermagem no planejamento e programação, das atividades a serem desenvolvidas, com base no diagnóstico local, indicadores de saúde e diretrizes vigentes;

III - Coordenar e orientar tecnicamente as atividades da supervisão de enfermagem das unidades de saúde de sua área de abrangência;

IV - Dimensionar e manter atualizada a necessidade de pessoal em enfermagem, de acordo com as diretrizes da Subsecretaria de Gestão de Pessoas;

V - Sistematizar e promover a educação continuada e permanente em serviço, conjuntamente a parcerias estabelecidas com áreas afins da Secretaria e seus conveniados;



VI - Implementar, promover, avaliar e manter atualizadas as rotinas e atividades referentes à sua área de competência;

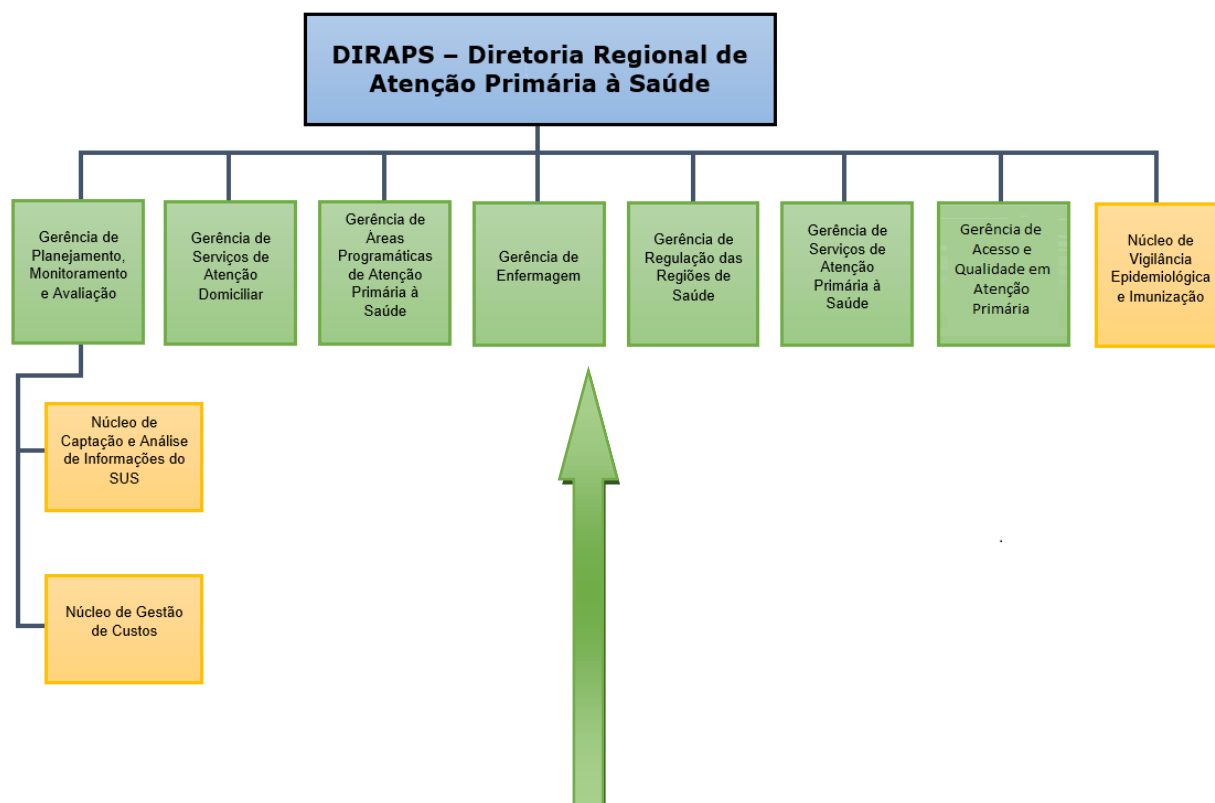
VII - Implementar, monitorar e avaliar indicadores de qualidade da assistência em enfermagem;

VIII - Implementar e acompanhar a Comissão de Ética em Enfermagem;

IX - Promover espaços colegiados para implementação e revisão de protocolos e fluxos assistenciais na rede de atenção; e

X - Executar outras atividades que lhe forem atribuídas na sua área de atuação.

ORGANOGRAMA DIRAPS



(Fonte: GENS/2017)



CAPÍTULO III - Conceitos e Definições

Para um alinhamento conceitual é preciso conceituar e/ou definir alguns termos utilizados com frequência neste Guia e na prática profissional da APS.

1. **Abordagem:** “ato ou efeito de abordar”; abordar: “aproximar-se de; tratar de”, (dicionário informal).
2. **Acolhimento:** caracteriza-se por uma escuta qualificada às demandas dos usuários e de suas famílias com a finalidade de identificar necessidades, criar vínculo, encaminhar para atendimentos de urgência, marcar consultas individuais ou em grupos e fornecer insumos, vacinas ou outras intervenções quando necessárias. O profissional que acolhe deve ter clareza das ofertas existentes na UBS e ter possibilidade de diálogo com outros profissionais. Este ato não está restrito a um espaço ou local, é uma postura ética. Não pressupõe hora ou um profissional específico para fazê-lo, implica escuta, compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas (DF, 2014).
3. **Acompanhamento de Famílias:** as famílias e pessoas do território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação em saúde, entretanto, sua atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também nos diversos espaços comunitários como na UBS, escola, associações de moradores, entre outros equipamentos sociais, (MS, 2009). Considera-se pessoa acompanhada pelo agente comunitário de saúde (ou outro profissional da equipe) aquela que tiver sua ficha de cadastro e/ou ficha de agravo preenchida e atualizada (meios físicos e eletrônicos). Considera-se família acompanhada pelo agente comunitário de saúde (ou outro profissional de saúde) aquela que tiver todos os seus membros com ficha de cadastro e/ou ficha de agravo preenchida e atualizada (meios físicos e/ou eletrônicos).
4. **Área de abrangência/macroárea:** conjunto de microáreas sob a responsabilidade de uma equipe de saúde.
5. **Atenção Primária à Saúde (APS):** também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família é a expressão que ganha corpo no Brasil, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da



saúde. (MS, 2009). Quando bem estruturada e organizada, a APS resolve a maioria dos problemas de saúde da população, reduz os danos ou sofrimentos e contribui para uma melhor qualidade de vida das pessoas acompanhadas. Deve ser orientado pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social, orientação familiar e comunitária e coordenação do cuidado, (MS, 2009).

6. Bise!: borda cortada obliquamente de modo a não terminar em aresta viva.
7. Busca ativa: É uma estratégia empregada nas práticas assistenciais com a finalidade de identificar e localizar os problemas de saúde da população de uma determinada área de abrangência. Define-se “Busca Ativa” como a ação de rastrear os usuários sintomáticos identificando precocemente os casos suspeitos, confirmando rapidamente o diagnóstico e desse modo adotando as medidas adequadas de controle para a inclusão as políticas públicas e programas de saúde além da busca por demanda espontânea; (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2005). Caso os pacientes não compareçam às consultas ou vacinas como: gestante, criança ou outros grupos de risco deverá ser realizada busca ativa; bem como de casos suspeitos e/ou confirmados de doenças de notificação compulsória (ex. dengue, tuberculose, hanseníase, sarampo, entre outras).
8. Casa fechada: os moradores que foram visitados e não encontrados em sua residência devem ser justificados e se possível que um morador da residência ou um vizinho assine à justificativa. Deve-se buscar acionar o morador em horários diversos. Caso a família não seja incluída no cadastro (por não localização) ela continua pertencendo a ESF da área de abrangência com direito a ser cadastrada a qualquer tempo, caso haja procura pelo serviço de saúde.
9. Cateter: tubo ou sonda de materiais diversos, flexível ou rígido, que se introduz em canais ou cavidades do corpo para explorar órgão ou parte dele, injetar líquidos, esvaziar cavidades, efetuar investigações.
10. Chek-list: é uma palavra em inglês, considerada um americanismo que significa "lista de verificações". Esta palavra é a junção de *check* (verificar) e *list* (lista).
11. Clampear: selar, fechar, interromper o fluxo.
12. Coordenador de Equipe: considera-se o profissional de nível superior que integre a Equipe de Saúde da Família com capacidade de planejamento, elaboração, acompanhamento e avaliação das ações na atenção primária à saúde, além de organização e qualificação do processo de trabalho bem como liderar e manter um bom



relacionamento com os membros da equipe. As atribuições são estruturadas mediante as necessidades identificadas no cotidiano do trabalho, como incentivar o trabalho coletivo com vista a contribuir para a assistência interdisciplinar e efetivar as políticas e programas de saúde promovendo à consolidação do Sistema Único de Saúde (SILVA, G.S., 2009).

13. Desinsuflar/exsulfilar: significa fazer sair o ar que foi introduzido anteriormente/ “soprar para fora”.
14. Domicílio: designa o “local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos”. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes ou barreiras (muros ou cercas, entre outros) e coberto por um teto que permita que seus moradores se isolem e cujos residentes arcam com parte ou todas as suas despesas de alimentação ou moradia (BRASIL, 2003).
15. Ecomapa: é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. É, essencialmente um diagrama dos contatos da família com pessoas, grupos ou instituições como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas. Pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo, eminentemente, o retrato de um determinado momento da vida dos membros da família, e, portanto, dinâmico, (PEREIRA, et al, 2009).
16. Estetoscópio de Pinnard: peça de alumínio de uso rápido e prático (não necessita de energia ou pilha) para auscultar o batimento cardíaco fetal em gestante.
17. Estoma/ostoma: abertura/exteriorização (cirúrgica) feita na parede abdominal (até o intestino) por meio de colostomia (cólon), ileostomia (ileon).
18. Exantema: erupções cutâneas avermelhadas em uma região específica ou por todo o corpo, causadas por infecções ou efeito colateral de medicamentos.
19. Genograma: consiste na representação gráfica de informações sobre a família e evidencia a dinâmica familiar e as relações entre os seus membros e os vários papéis desempenhados. É um instrumento padronizado, no qual, símbolos e códigos podem ser interpretados como uma linguagem comum para visualizar e acompanhar a história familiar e os relacionamentos entre os seus membros, servindo como base para a discussão e análise das interações familiares (SOUZA, 2004).
20. Leucopenia: é a redução no número de leucócitos, por volume de sangue circulante.



21. Limpeza: a escolha das técnicas de limpeza e desinfecção está diretamente relacionada ao tipo de superfície a ser limpa e desinfetada, a quantidade e o tipo de matéria orgânica presente (SEHULSTER & CHINN, 2003). O uso de desinfetantes limita-se à presença de matéria orgânica, utilizando-se o tratamento da superfície estabelecido pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).
22. Limpeza concorrente: é o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo (sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros) e recolher os resíduos.
23. Limpeza terminal: trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas.
24. Mapa geográfico: este instrumento de planejamento deverá conter a representação em desenho das ruas, quadras, lotes, casas; a identificação do território da UBS com as áreas por equipe e as microáreas por ACS, é “alimentado” por informações geográficas obtidas pela territorialização. Deve estar exposto em local acessível ao usuário (dados públicos).
25. Mapa Inteligente ou Mapa Vivo: é um instrumento para o planejamento que tem como objetivo melhorar a qualidade no serviço de saúde. Ele define as microáreas de abrangência da Unidade de Básica de Saúde e/ou Equipe de Saúde da Família e é “alimentado” por ações de territorialização que coletam informações geográficas e de saúde obtidas no diagnóstico da comunidade. O mapa é um desenho que representa no papel o que existe naquela localidade como ruas, casas, escolas, pontes, córregos, áreas de lixo, abrigos, serviços de saúde, igrejas, postos policiais. Este poderá ser identificado com símbolos quanto aos grupos prioritários (gestantes, idosos, hipertensos, diabéticos, pessoas acamadas, crianças, pessoas com deficiência, usuários de drogas, pessoas com hanseníase, com tuberculose, HIV, entre outros). Este mapa é de uso da equipe e não deve estar exposto aos usuários (dados confidenciais).
26. Máscara N95: indicada para proteção ao bacilo da tuberculose; manipulação de hipoclorito e no preparo de quimioterápicos.
27. Microárea: espaço geográfico delimitado onde residem cerca de 400 a 750 pessoas e corresponde à área de atuação de um agente comunitário. Microárea de risco: espaços dentro de um território que apresentam condições mais favoráveis ao aparecimento de doenças e acidentes, por exemplo – área mais propensa à inundação, áreas próximas de



barreiras ou encostas, áreas com esgoto a céu aberto e sem água tratada, áreas com maior incidência de crimes, drogadição e acidentes (MS, 2009).

28. Onicofagia: vício de roer as unhas.
29. Petéquias: pequenos hematomas que surgem na pele devido ao dano sofrido por capilares sanguíneos sob ela.
30. Reterritorialização: constitui-se na construção de uma nova territorialização, que não necessariamente ocorre na mesma localidade. Isso acontece devido às várias influências recebidas em um território possibilitando entendê-lo como possuidor de movimento, fluidez, interconexão (HAESBAERT, 2004).
31. Segmento: é o conjunto de áreas adjacentes (contíguas), que correspondem à delimitação de uma Região Administrativa.
32. Supervisor do ACS: geralmente é o enfermeiro e na falta deste; outro profissional de nível superior pertencente à equipe de APS deve assumir esta responsabilidade, (PNAB, 2017).
33. Territorialização: É uma estratégia utilizada pela Atenção Primária à Saúde com o objetivo de mapear/conhecer um determinado território, em que a equipe de saúde se apropria da área de abrangência na qual atua de modo a localizar eventos de saúde-doença e organizar seu processo de trabalho e planejar as ações em saúde.
34. Território: incorpora um espaço geográfico, histórico, cultural, social e econômico ocupado por um grupo populacional específico. Este território é um espaço vivo - coletivamente construído e constituído - e de produção da vida, e, portanto, da saúde (CONASEMS, 2005 e artigos).
35. Visita Domiciliar: atividade profissional externa planejada pela equipe; executada por um ou mais profissionais; segundo objetivos pré-estabelecidos tais como: cadastramento do domicílio/familiar, busca ativa, consulta, procedimento, rastreamento, acompanhamento de agravos e vulnerabilidades, entre outras ações/intervenções.



A. Lista de Siglas/Abreviaturas:

ABO-RH	Grupos sanguíneos e fator
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADO's	Antidiabéticos Oraís
AESP	Atividade Elétrica Sem Pulso
AGE	Ácidos Graxos Essenciais
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ALC	Alcoolismo
AM	Aleitamento Materno
ANC	Agravos de Notificação Compulsória
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AU	Altura Uterina
AVAS	Agente de Vigilância Ambiental em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
BCF	Batimento Cárdio Fetais
BCG-ID	Bacilo de Calmette e Guérin, Intradérmica
BK	Bacilo de Koch
BLH	Banco de Leite Humano
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
BPM	Batidas Por Minuto
BVG	Benefício Variável à Gestante
BVM	Bolsa Válvula Máscara
CAB	Caderno de Atenção Básica
CaCu	Câncer de Colo de Útero
CAD-ÚNICO	Cadastro Único
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas



CAPS-i	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CD	Cirurgião Dentista
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CHA	Chagas, doença de
CHIKV	Chikungunya
CIEVES	Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
CIT	Centro de Informação Toxicológica
CJI	Central Judicial do Idoso
CME	Central de Material Esterilizado
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAPS	Coordenação de Atenção Primária à Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
Colesterol HDL	High Density Lipoprotein - "Colesterol Bom"
Colesterol LDL	Low Density Lipoprotein - "Colesterol Ruim"
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CP	Comprimido
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRIE	Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAEAP	Diretoria de Áreas Estratégicas da Atenção Primária
DATASUS	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEAM	Delegacia Especial de Atendimento à Mulher
DEF	Deficiência Física
DIA	Diabetes



DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DIRAPS	Diretoria Regional da Atenção Primária à Saúde
DIU	Dispositivo Intrauterino
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DM	Diabetes Mellitus
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DPP	Data Provável do Parto
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DT	DT – Dupla Tipo Adulta
DUM	Data da Última Menstruação
EAB	Equipe de Atenção Básica
EACS	Equipe de Agente Comunitário de Saúde
EAP	Edema Agudo de Pulmão
EAVP	Eventos Adversos Pós-vacinais
ECG	Eletrocardiograma
ELISA	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
EPF	Exame Parasitológico de Fezes
EPI	Epilepsia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS	Estratégia SUS eletrônico
FC	Frequência Cardíaca
FI	Ficha de Investigação
FR	Frequência Respiratória
GES	Gestante
HAN	Hanseníase
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HbA1c	Hemoglobina Glicada
Hepatite B-HBsAg	Antígeno Protéico de Superfície do Vírus da Hepatite B
HIV	Human Immunodeficiency Vírus



HTLV	Vírus Linfotrópico da Célula Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFI	Imunofluorescência Indireta
IG	Idade Gestacional
IgG	Imunoglobulina G (anticorpo)
IgM	Imunoglobulina M (anticorpo)
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LPI	Local Provável de Infecção
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
LV	Leishmaniose Visceral
MAT	Microaglutinação
MS	Ministério da Saúde
MB	Multibacilar
NASF-AB	Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica
NIS	Número de Identificação Social
NUVEI	Núcleo de Vigilância Epidemiológica e Imunização
ONG	Organização Não-Governamental
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PAV	Programa de Atenção a Acidentes e Violências
PB	Paucibacilar
PBF	Programa Bolsa Família
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PFF3	Peça Facial Filtrante 99%
PIS	Práticas Integrativas em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PQT	Poliqimioterapia
POD	Plano Operativo Distrital
POP	Procedimento Operacional Padrão



PRM	Problemas Relacionados com Medicamentos
PRNT	Teste por Neutralização de Redução de Placas
PRODIDE	Promotora de Justiça da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência
PRONASCI	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSE	Programa Saúde na Escola
PVPI tópico	Polivinil Pirrolidona Iodo
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RIDE	Rede Integrada de Desenvolvimento Econômico
RIFI	Reação de Imunofluorescência Indireta
RT-PCR	Reação da Transcriptase Reversa
SCPH	Síndrome Cardiopulmonar por Hantavírus
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificações
SIS	Sistema de Informações em Saúde
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SISHIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISREG	Sistema de Regulação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SL	Sublingual
SNE	Sonda Nasoentérica
SNG	Sonda Nasogástrica
SRC Tríplice viral	Sarampo, Caxumba e Rubéola (vacina)
SRO	Sais para Reidratação Oral
SVS	Subsecretaria de Vigilância à Saúde



Tax	Temperatura axilar
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
TR	Teste Rápido
TRG	Teste Rápido de Gravidez
TRO	Terapia de Reidratação Oral
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UP	Unidade Prisional
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Unidade de Saúde Prisional
VD	Visita Domiciliar
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory (teste sífilis)
VO	Via Oral



CAPÍTULO IV - Normas e Rotinas de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Procedimentos Operacionais Padrão

Procedimento Operacional Padrão

1.1 Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

Área (s): COAPS/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.

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.



Procedimento Operacional Padrão**1.2 Vigilância Nutricional e Monitoramento do Crescimento Infantil****Área (s): COAPS/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.

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 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37, de 23 de fevereiro de 2018.

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;
- Ministrando 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.



Procedimento Operacional Padrão

1.4 Atenção à Mulher com Gestação de Risco Habitual

Área (s): COAPS/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.

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 subtrai-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 12^a semana gestacional;
- Quando utilizar o estetoscópio de *Pinnard*, a avaliação de BCF se dará a partir da 18^a 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

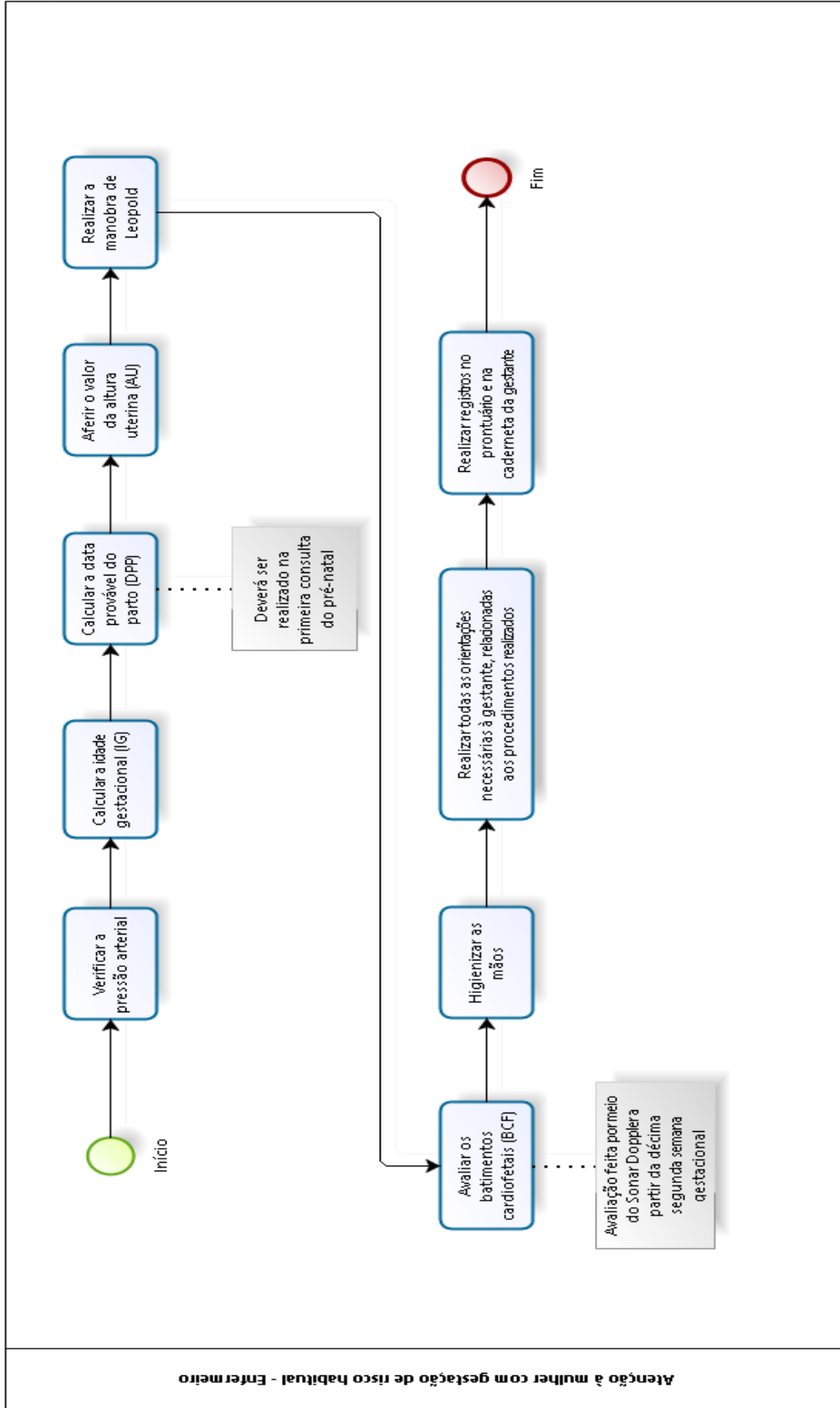
- a) Os roteiros para consulta nos 3 trimestres de gestação estão descritos no Protocolo de Atenção à Saúde Pré-Natal de Risco Habitual, Puerpério e Cuidado ao Recém-nascido da SES-DF.
- b) As consultas de pré-natal de risco habitual devem ser realizadas por enfermeiros e médicos, de maneira intercalada 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.

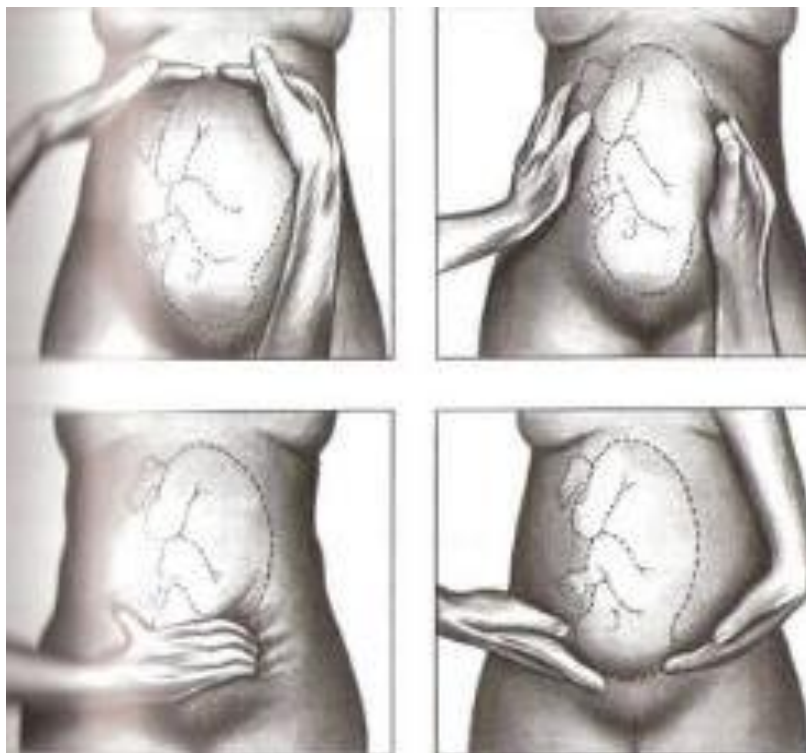
7. Referência

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





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 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37, de 23 de fevereiro de 2018.

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.



Procedimento Operacional Padrão

1.6 Estímulo a Paternidade Ativa

Área (s): COAPS/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.

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.

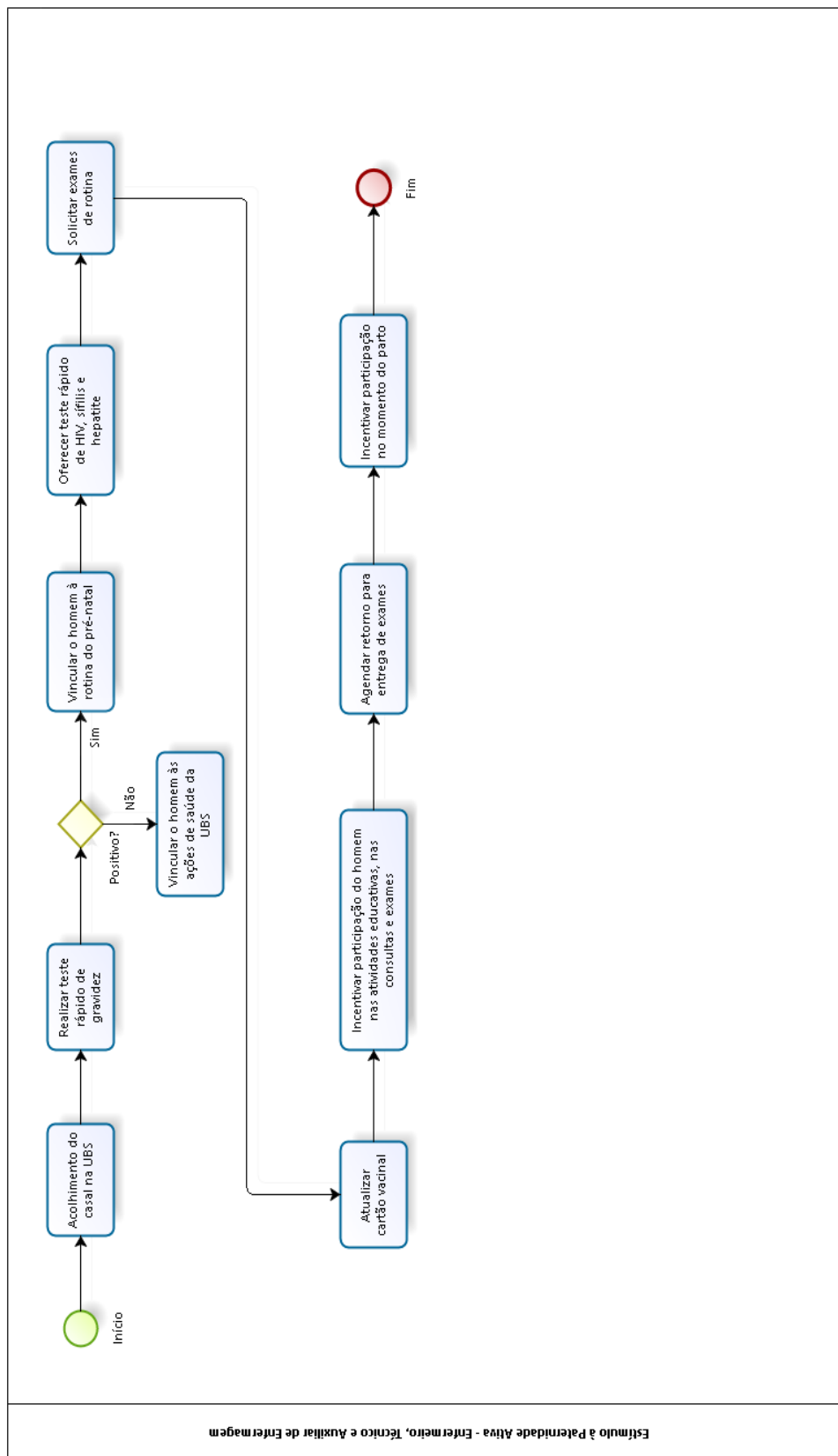
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.994 de 27 de agosto de 2009. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral À Saúde do Homem.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2009.

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



Procedimento Operacional Padrão

1.7 Extração Manual do Leite Humano

Área (s): COAPS/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.

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.

Procedimento Operacional Padrão

1.8 Assistência de Enfermagem no Manejo ao Ingurgitamento Mamário

Área (s): COAPS/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.

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 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37, de 23 de fevereiro de 2018.

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 lactante 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.





Procedimento Operacional Padrão

1.10 Exame Clínico de Mamas para Rastreamento do Câncer de Mama

Área (s): COAPS/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.

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.

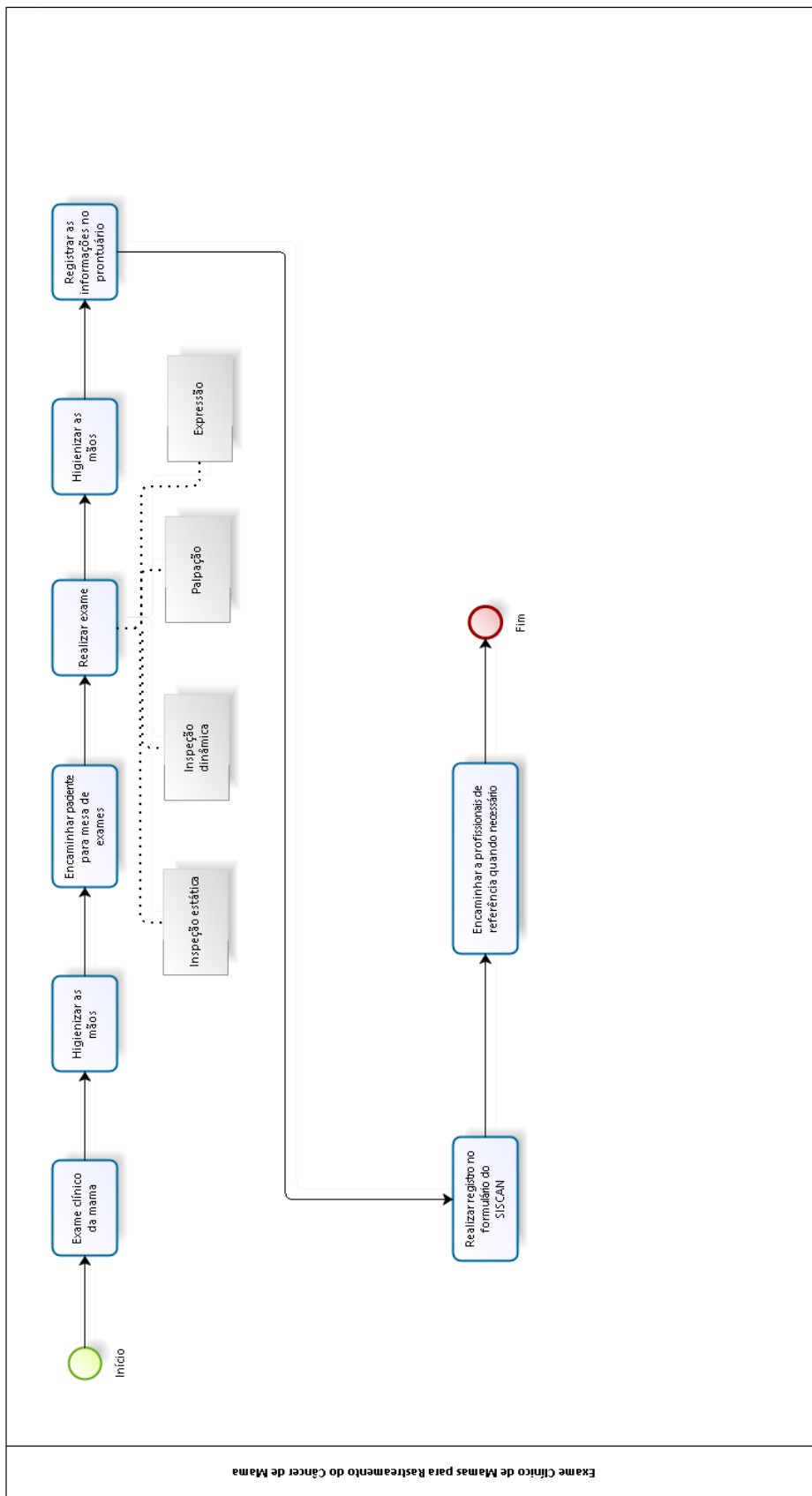
_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004.

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



8. Fluxograma

1.1



Área (s):
Portaria SE

1. Objetivo

Padroniza

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.

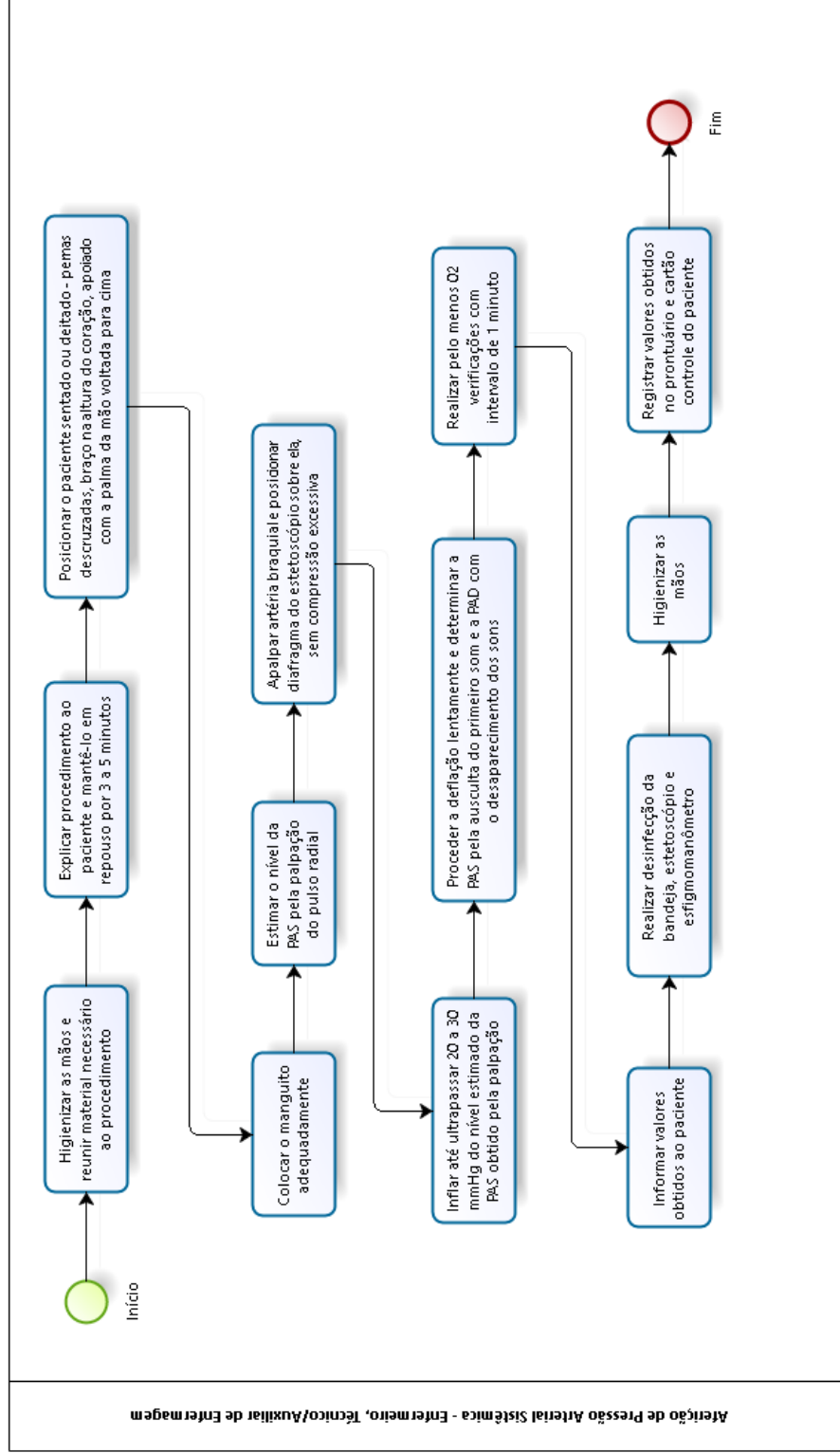
NEPEN. **Protocolo Operacional Padrão – Aferição da Pressão Arterial versão 1**. Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. Revisado em 2016. Disponível em:
http://www.hu.ufsc.br/documentos/pop/enfermagem/assistenciais/AVALIACAO_SINAIS_VITAIS/AFERICAÇÃO_PRESSÃO_ART.pdf

10. Fluxograma





Atenção de Pressão Arterial Sistêmica - Enfermeiro, Técnico/Auxiliar de Enfermagem





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).



Procedimento Operacional Padrão

1.12 Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13)

Área (s): COAPS/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.

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 Em geral, comparando-se com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente	0				
	Muito boa	0				
	Boa	0				
	Regular	1				
	Ruim	1				

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						Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.	Máx. 2 pts.
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos										
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.

		20__	20__	20__	20__	20__
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?						
Sim.	<input type="checkbox"/> 4 Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou de pagar suas contas?						
Sim.	<input type="checkbox"/> 4 Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?		Máx. 4 pts.	Máx. 4 pts.	Máx. 4 pts.	Máx. 4 pts.	Máx. 4 pts.
Sim.	<input type="checkbox"/> 4 Não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?						
Sim.	<input type="checkbox"/> 4 Não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?						
Sim.	<input type="checkbox"/> 4 Não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde. <input type="checkbox"/> 0					

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

20__	20__	20__	20__	20__



Procedimento Operacional Padrão

2.1 Atividade Educativa Coletiva na Atenção Primária

Área (s): COAPS/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.

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_humanizausus_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>



Procedimento Operacional Padrão

2.2 Roteiro para Atividade Coletiva de Hipertensão (HAS)

Área (s): COAPS/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.

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 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37, de 23 de fevereiro de 2018.

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 insulinoterapia (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.



Procedimento Operacional Padrão**3.1 Organização, Conferência e Reposição do Carro de Emergência****Área (s): COAPS/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.

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;
- Lacs 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 Requalificação 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.

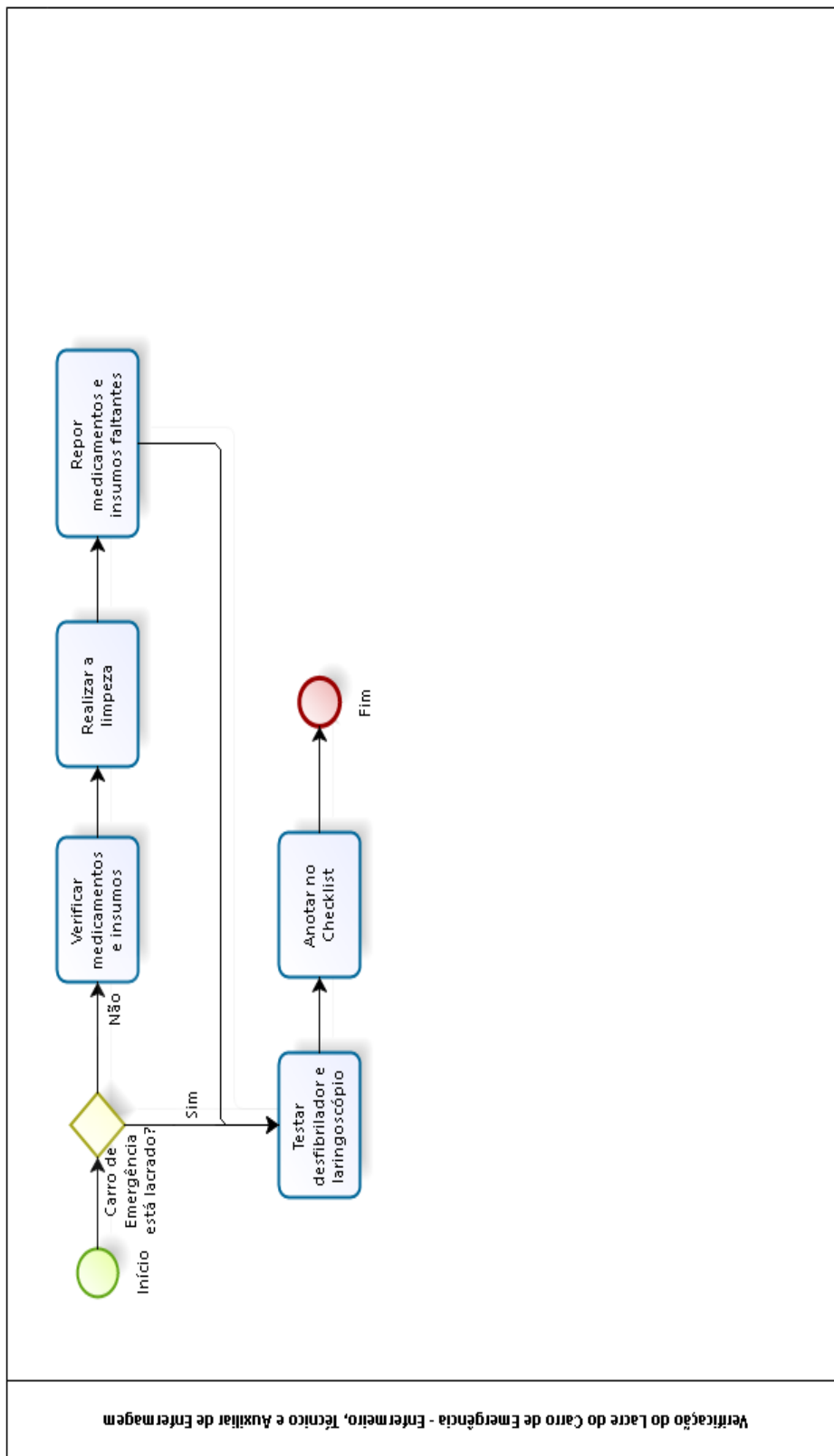
MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. Mimeo, 2002.

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

Desf		
Kit c	Verificação do Lacre do Carro de Emergência - Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem	
Lâm		



Lâminas curvas de 0 a 5; Cabo adulto e pediátrico.	
Kit mascara-válvula-bolsa: Adulto e pediátrico	1 unidade
Oxímetro de pulso	1 unidade
1ª GAVETA¹	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 nº4,5	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	02			



2 ml				
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	02			



injetável 15 mg ampola 3 ml				
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 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	2			



frasco 500 ml sistema fechado de infusão				
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	02			



ml sistema fechado de infusão				
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			



Procedimento Operacional Padrão

3.2 Reanimação Cardiopulmonar

Área (s): COAPS/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.

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.



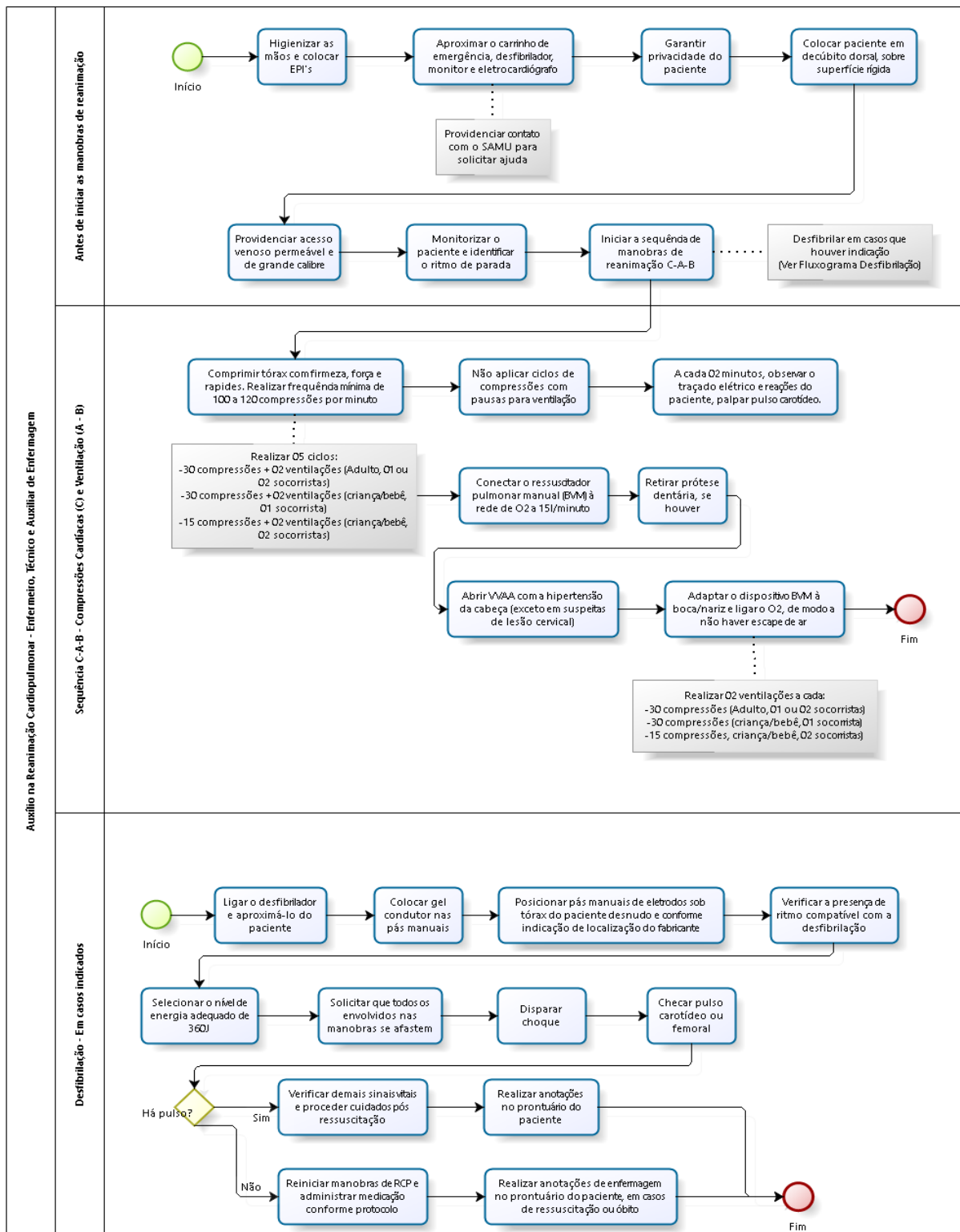
12. Referências

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



Procedimento Operacional Padrão

3.3 Aspiração de Vias Aéreas

Área (s): COAPS/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.

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.

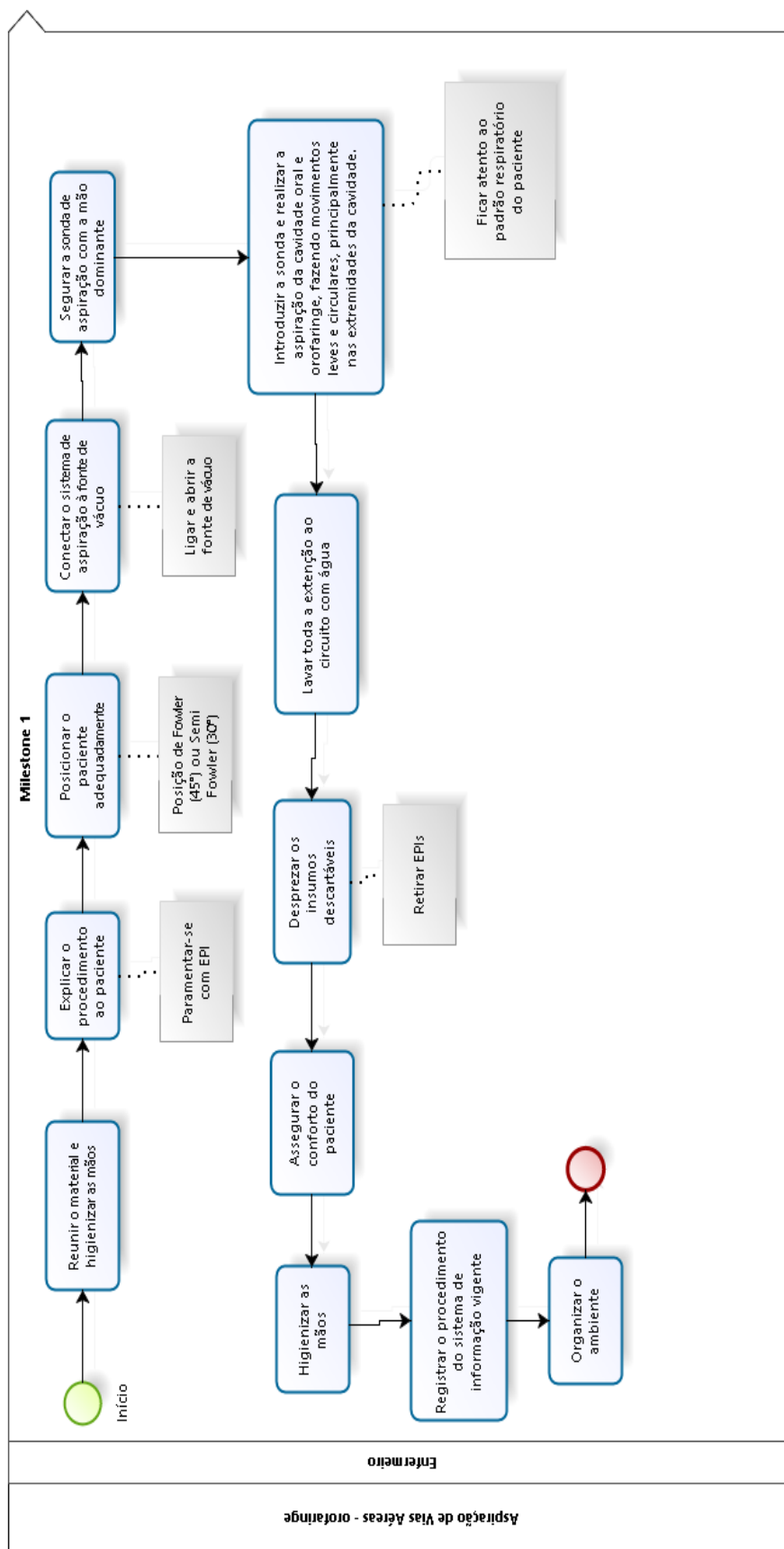
8. Referências

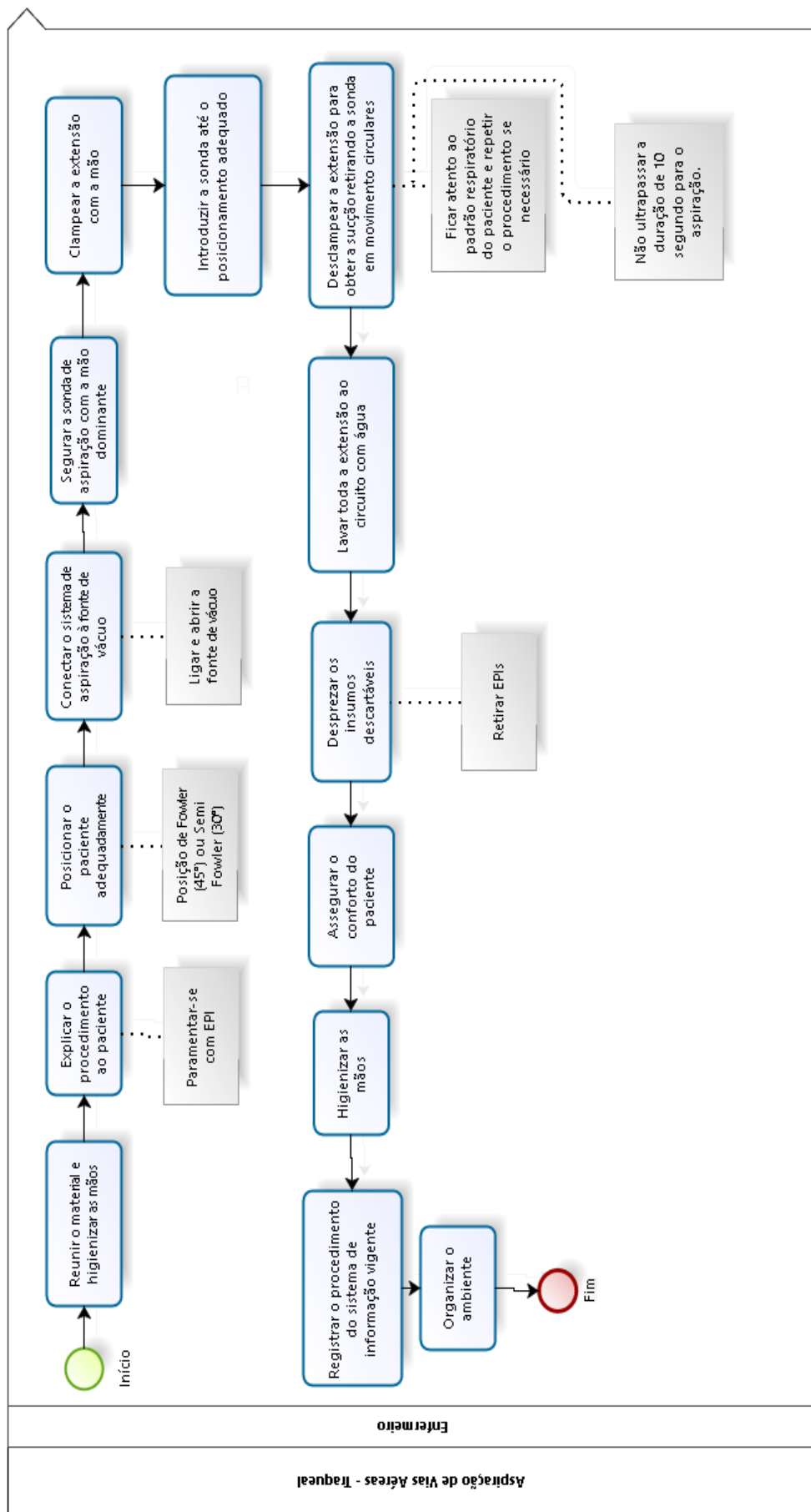
COFEN/CTLN. PARECER 19/2014 - **Legislação Profissional Solicitação do Amparo para ne equipe de enfermagem realizar aspiração endotraqueal**. Brasília, 2004.

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 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37, de 23 de fevereiro de 2018.

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.

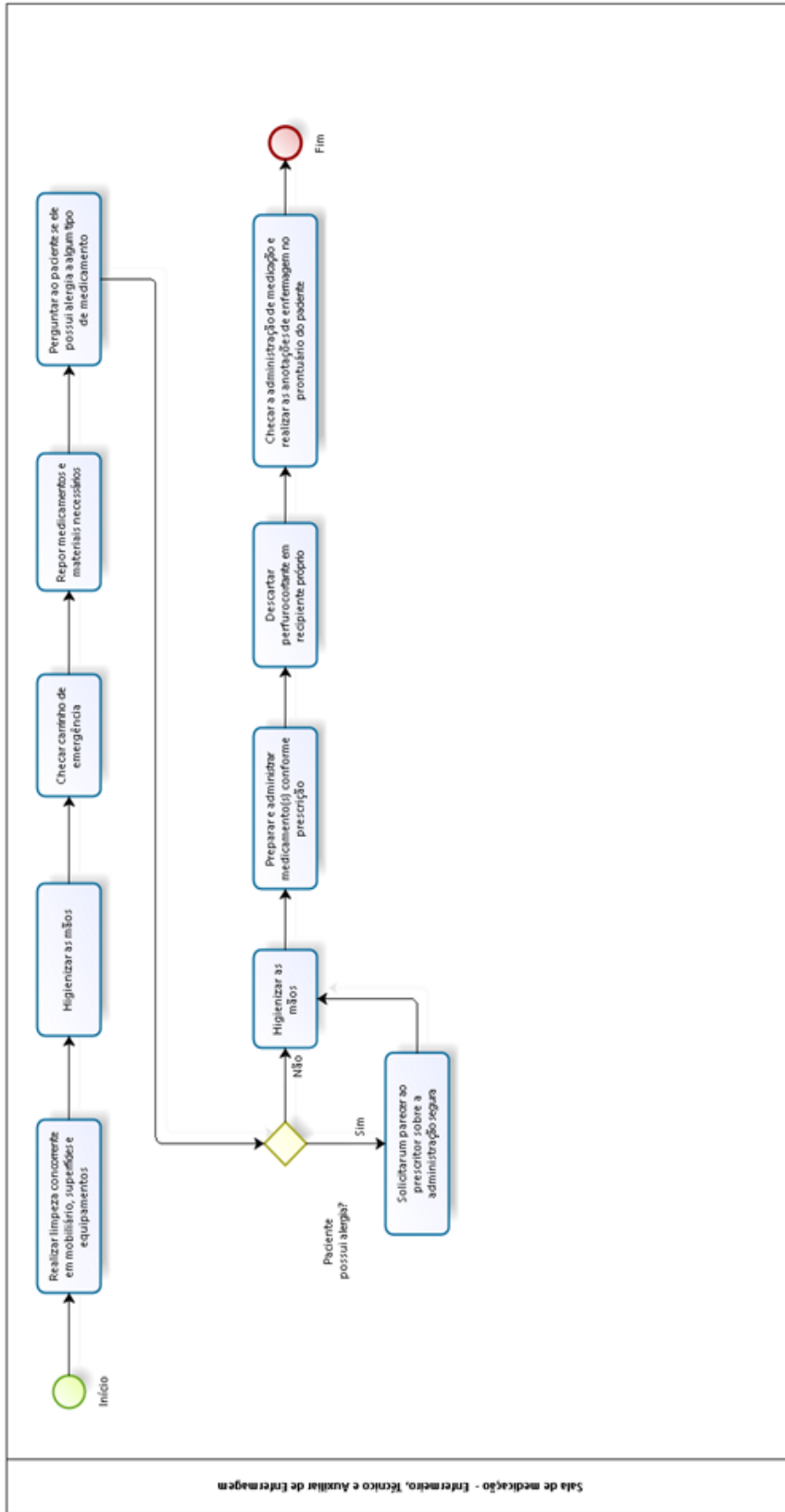
GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Brasília, 2013. 228 p. Brasília, 2013.



_____. 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**

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE Nº					
NOME COMERCIAL/ GENÉRICO	APRESENTAÇÃO	QUANTIDADE DISPONÍVEL	DATA DE VALIDADE	DATA DA CONFERÊNCIA	ASSINATURAM ATRÍCULA



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



Procedimento Operacional Padrão**4.2 Administração de Medicação Via Ocular****Área (s): COAPS/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.

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.



Procedimento Operacional Padrão**4.3 Administração de Medicação por Via Oral****Área (s): COAPS/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.

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.



Procedimento Operacional Padrão**4.4 Terapia de Reidratação Oral (TRO)****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico 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

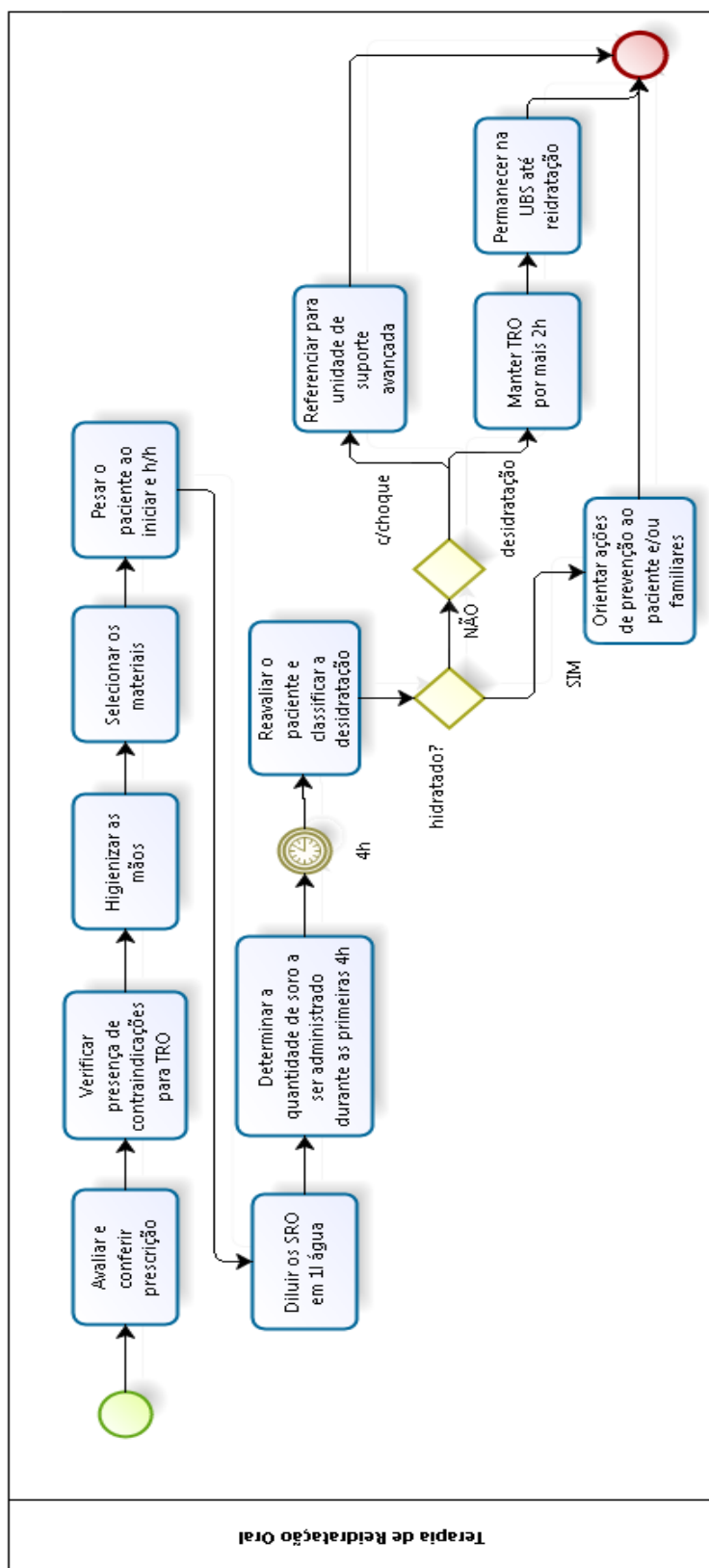
BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Paciente com Diarreia**. Brasília, 2014.

_____. **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



Procedimento Operacional Padrão**4.5 Administração de Oxigênio por Cateter Nasal tipo
“Óculos”****Área (s): COAPS/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.

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 torpedo;
- 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.



Procedimento Operacional Padrão**4.6 Administração de Medicação por
Nebulização/Inalação****Área (s): COAPS/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.

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.

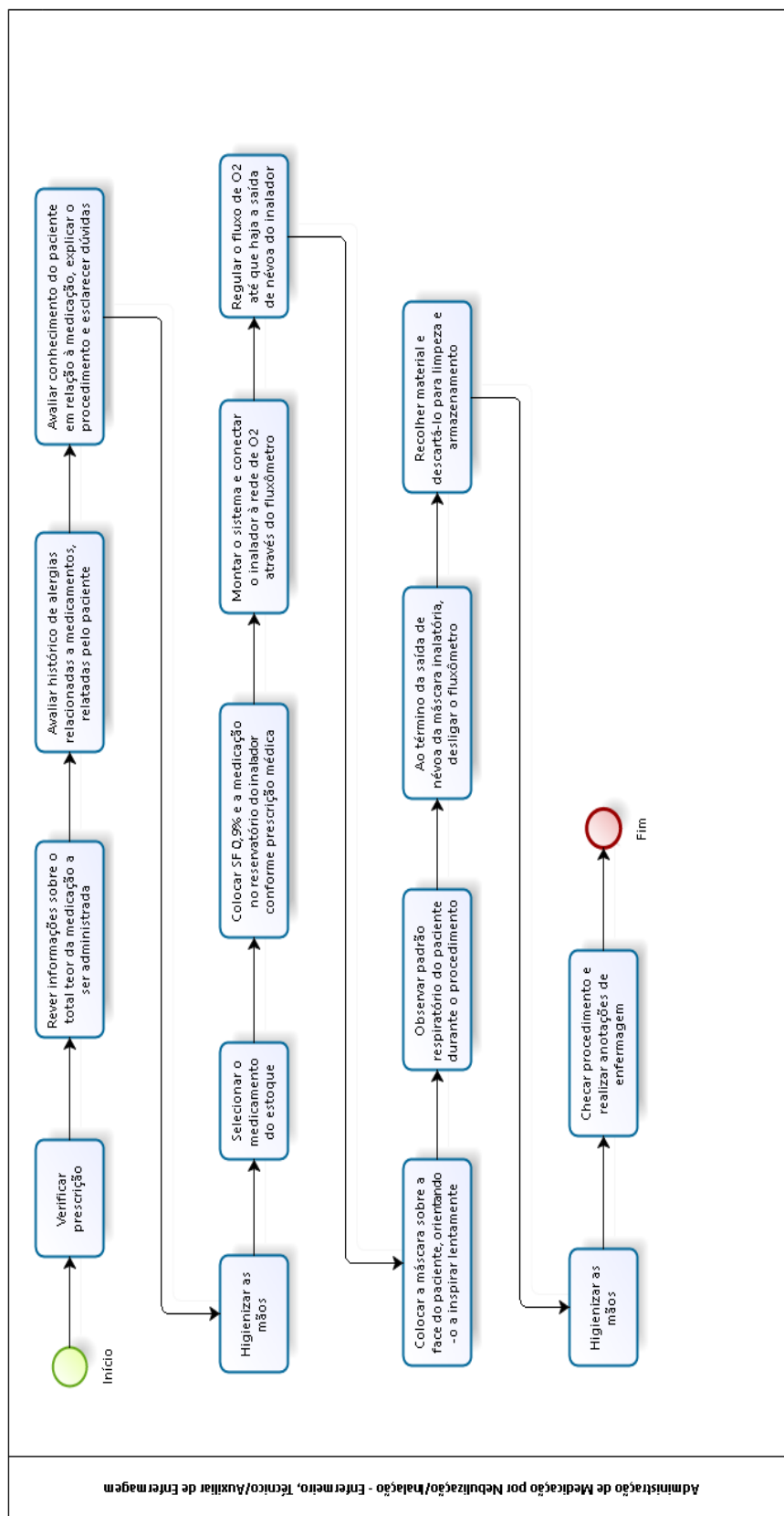
8. Referências

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



Procedimento Operacional Padrão

4.7 Administração de Medicação Via Retal

Área (s): COAPS/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.

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.

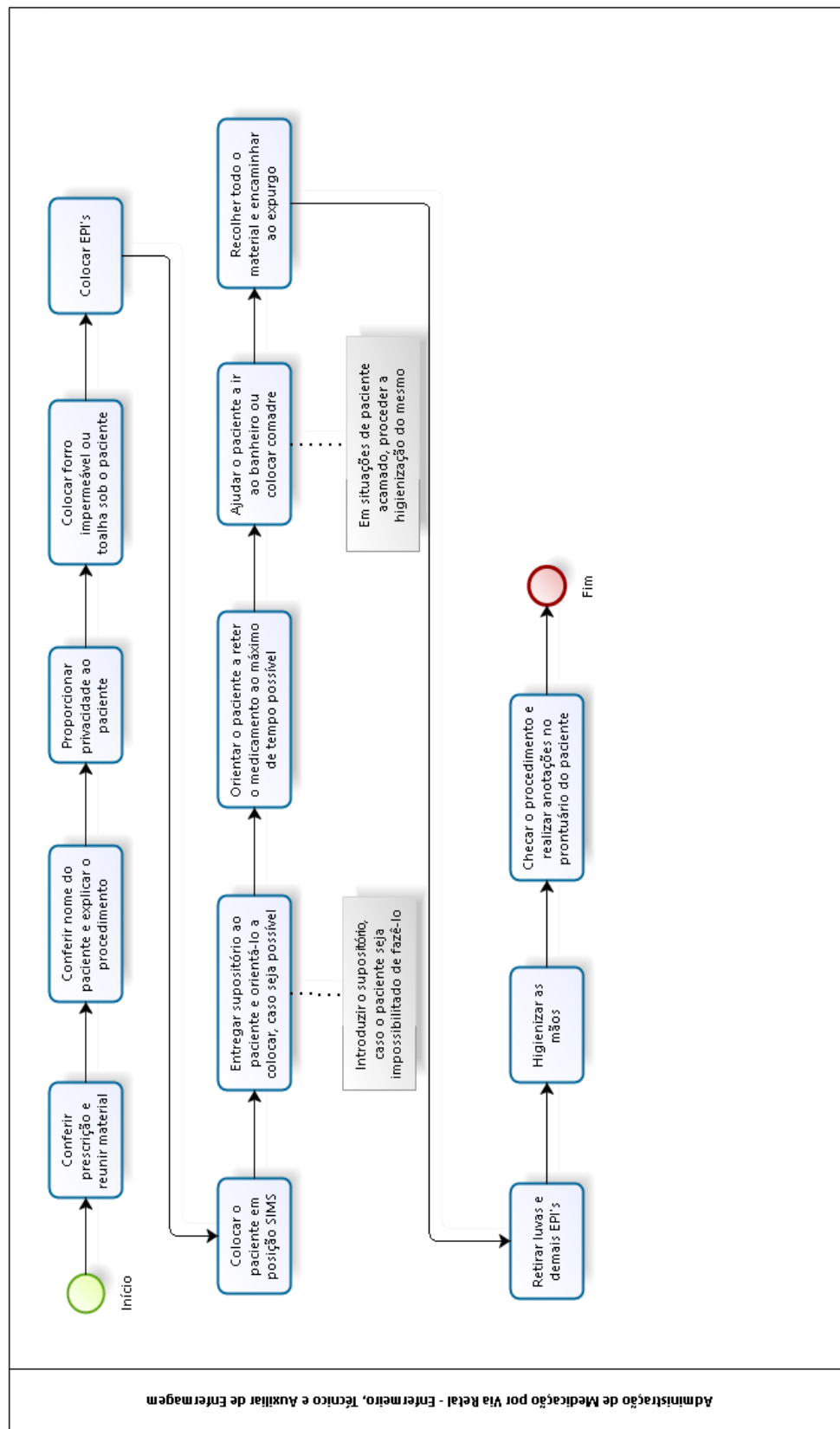
8. Referências

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



Procedimento Operacional Padrão**4.8 Administração de Medicação por Via Subcutânea****Área (s): COAPS/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.

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 antissepsia 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 1

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.

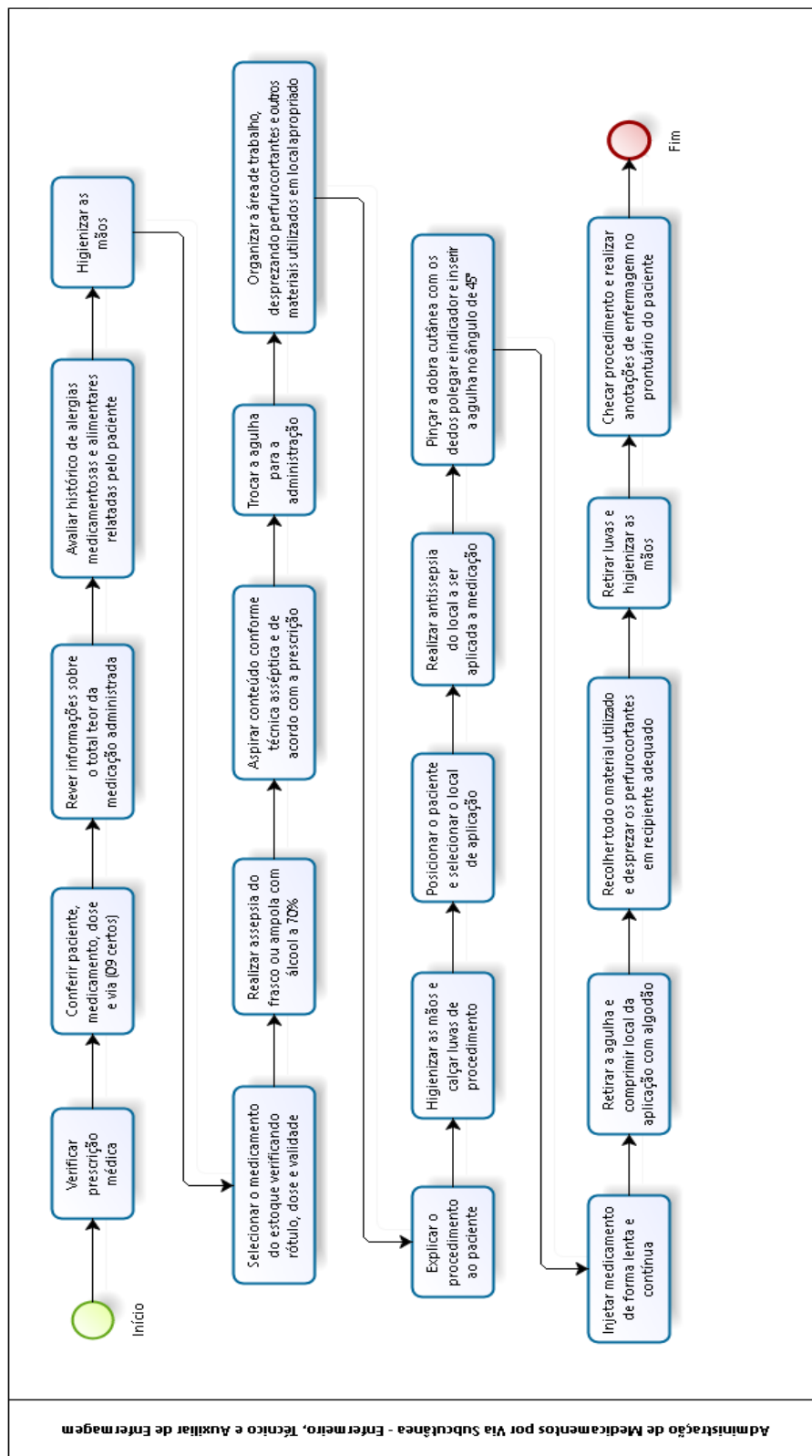
8. Referências

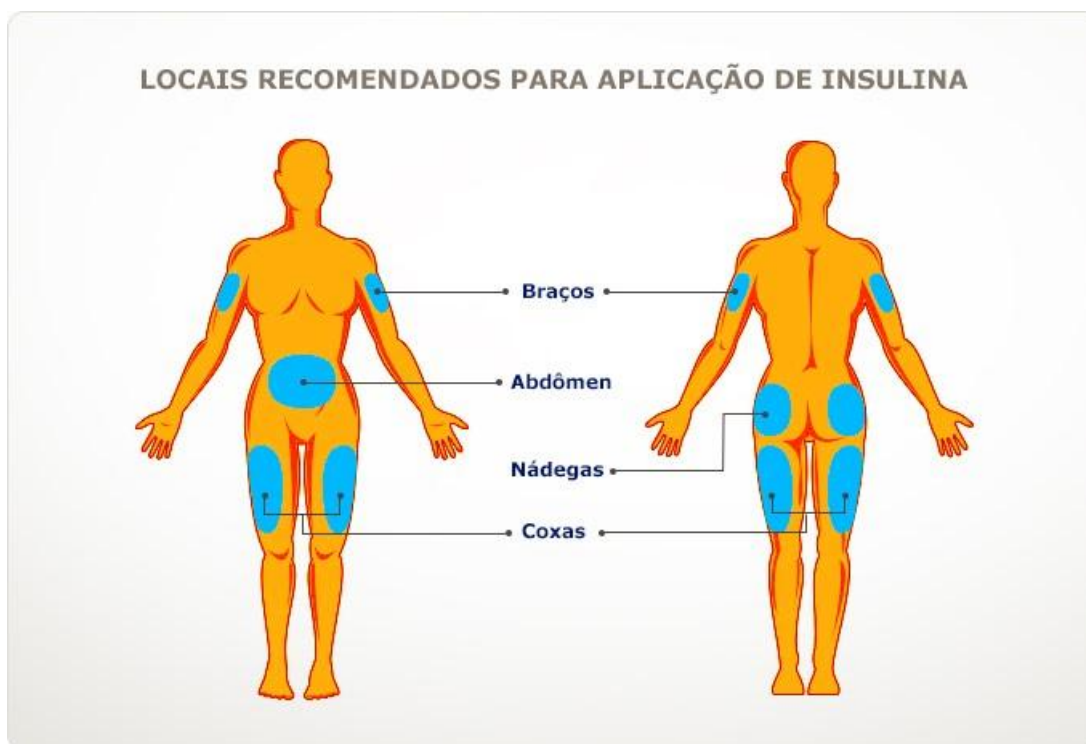
DUMPE, M. L. ARCHER, E. **Procedimento e protocolos Práxis Enfermagem**. Editora: Guanabara Koogan, 2006, 740 páginas.

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



9. Fluxograma



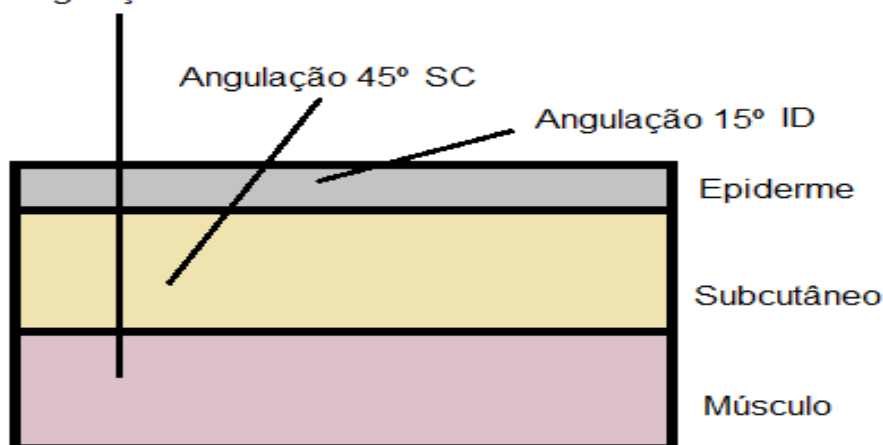
ANEXOS - Figura I – Locais de Aplicação

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

Angulação 90° IM



Fonte: elaborado pelos autores



Procedimento Operacional Padrão**4.9 Preparo e Administração de Insulina Subcutânea****Área (s): COAPS/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.

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.

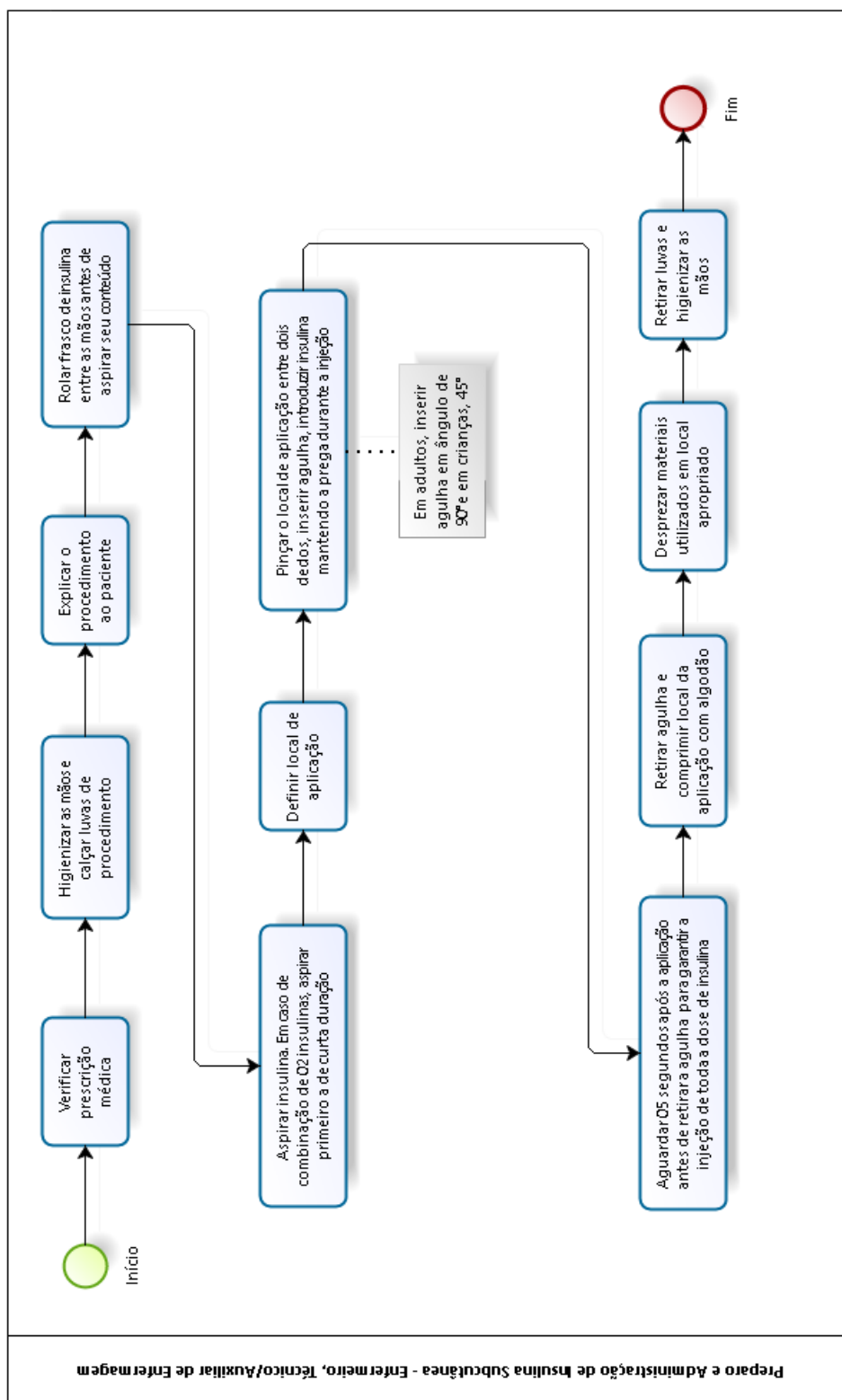
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas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

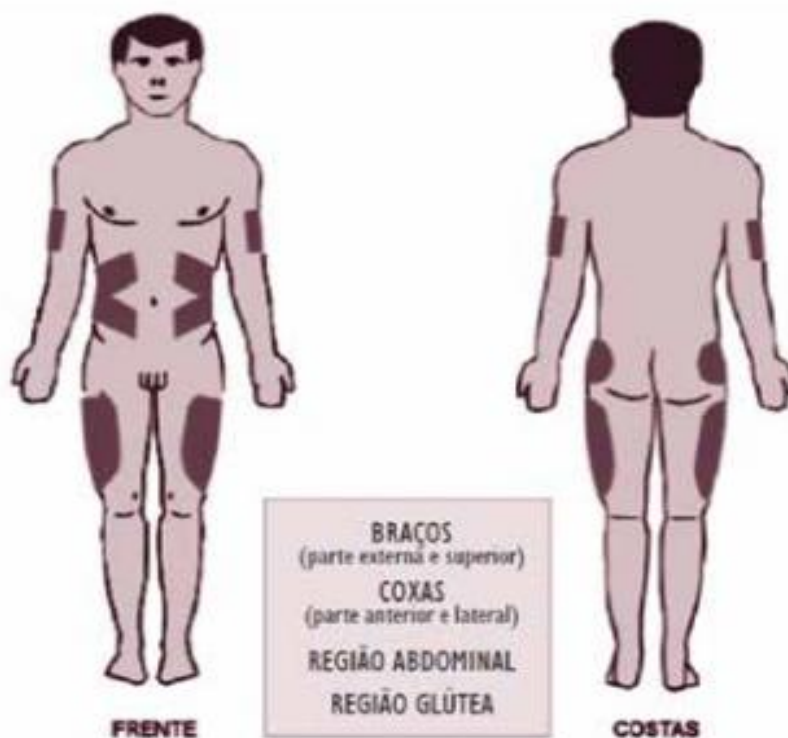


SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **Diabetes Mellitus: Insulinoterapia.** Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/07-diabetes-i.pdf.

Acesso em: 14 fev. 2017

10. I





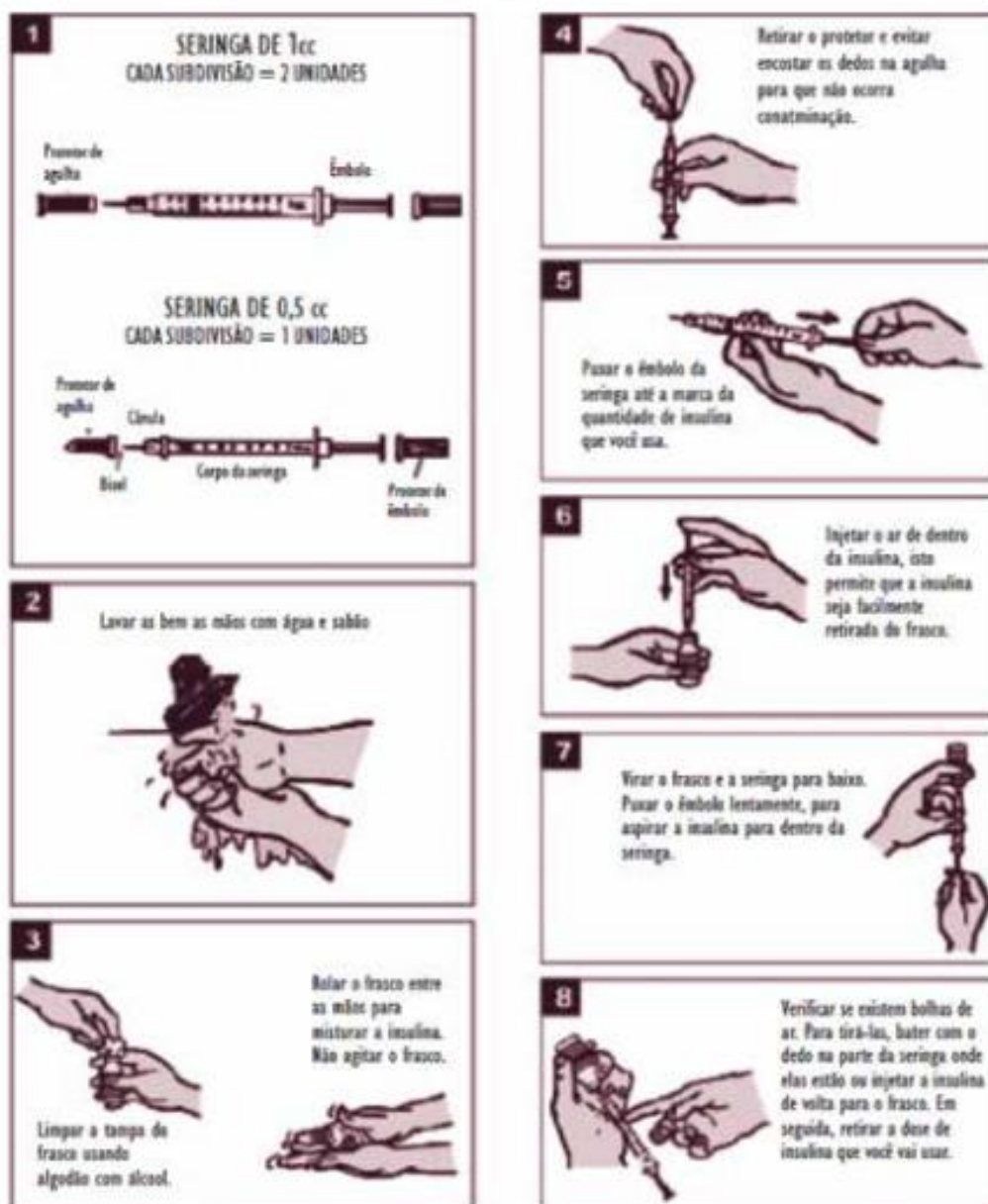
Você deve fazer o rodízio na aplicação diária de insulina para evitar complicações tais como hipertrofia ou atrofia no local.

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.

Procedimento Operacional Padrão



4.10 Preparo da Mistura de Insulinas NPH (*Neutral Protamine Hagedorn*) e regular na mesma Seringa

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar o procedimento para preparo da mistura das insulinas NPH e Regular, na mesma seringa.

2. Finalidade do Procedimento

Misturar as insulinas NPH e Regular para administração 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;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Seringa de insulina;
- Frascos de insulina NPH;
- Frasco de insulina Regular.

7. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Reunir as insulinas prescritas, seringa com agulhas, algodão e álcool 70%;
- c) Calçar luvas de procedimento;
- d) Homogeneizar a insulina NPH rolando o frasco entre as mãos, de 10 a 20 vezes antes de aspirar seu conteúdo;
- e) Proceder a desinfecção da borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool 70%;



- f) Manter o protetor da agulha;
- g) Aspirar ar até a graduação correspondente à dose de insulina NPH prescrita;
- h) Injetar o ar no frasco de insulina NPH.
- i) Retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH.
- j) Aspirar o ar até a graduação correspondente à dose de insulina Regular;
- k) Injetar o ar no frasco de insulina Regular, virar o frasco e aspirar a insulina Regular correspondente à dose prescrita;
- l) Retornar o frasco de insulina Regular para a posição inicial e retirar a agulha;
- m) Posicionar de cabeça para baixo o frasco de insulina NPH, pegar a seringa que já está com a insulina Regular, introduzir a agulha e aspirar a dose correspondente à insulina NPH. O total de insulina na seringa deve corresponder à soma das doses das duas insulinas;
- n) Retomar o frasco para a posição inicial;
- o) Remover a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação;
- p) Organizar o material.

8. Recomendações/Observações

- a) Se a dose aspirada na seringa for maior que a soma das doses prescritas, o excesso não deve ser devolvido aos frascos. Descartar a seringa com a insulina e reiniciar o procedimento com nova seringa. Quando cometer erros, nunca devolva para nenhum dos frascos as insulinas já misturadas. Não faça nenhum tipo de mistura sem prescrição e orientação médica.
- b) A injeção do ar no frasco de insulina, antes do preparo da dose, na quantidade correspondente à dose de insulina a ser aspirada do frasco, quando se usa seringa, evita a formação de vácuo. A formação de vácuo dentro do frasco dificulta a aspiração dose correta, dificulta o total aproveitamento da insulina na mesma seringa, provoca a aspiração da primeira insulina já contida dentro da seringa, para dentro do frasco da segunda de insulina a ser aspirada.
- c) Após aberto, o frasco pode ser mantido em temperatura ambiente entre 15°C e 30°C para minimizar dor no local da injeção ou em refrigeração, entre 2°C a 8°C. Não congelar a insulina. Após um mês do início do uso, a insulina perde sua potência, especialmente se mantida fora da geladeira. Por isso, é importante orientar que o paciente anote a data de abertura no frasco.

9. Referência



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.



Procedimento Operacional Padrão**4.11 Administração de Medicação por Via Intramuscular****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Obter ação mais rápida do que por via oral.

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 medicação, procedimento ou consultório, residência

5. Materiais

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa de 2 a 5 ml para adultos;
- Seringa de 0,5 a 1 ml para crianças pequenas;
- Agulha para aspiração de medicação;
- Agulha para administração da medicação;
- Diluente se necessário;
- Etiqueta/fita adesiva;
- Luvas de procedimento;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito).

6. Descrição do Procedimento

- a) Verificar prescrição;
- b) Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a via (vide pop sala de medicação 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. Liste de forma extremamente 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) Realizar diluição, se necessário, com água para injeção ou diluente próprio;
- k) Aspirar o conteúdo da ampola/frasco com o cuidado de não contaminar a agulha;
- l) Trocar a agulha para uma nova e de calibre a tamanho apropriados;
- m) Utilizar a etiqueta/fita adesiva para rotular a medicação preparada, anotando o nome do paciente, o nome da medicação, a dose e a via de administração;
- n) Organizar a área de trabalho. Descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas;
- o) Explicar a finalidade do medicamento e sua ação ao paciente. Esclarecer as dúvidas que surgirem;
- p) Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- q) Posicionar o paciente da forma mais relaxada possível, para reduzir a tensão muscular;
- r) Selecionar um local de injeção adequado, utilizando os pontos anatômicos;
- s) Procurar desviar a atenção do indivíduo por meio de uma conversa com questionamentos abertos para aliviar a tensão;
- t) Realizar a antisepsia do local com álcool a 70 % e deixar secar;
- u) Segurar a bola de algodão ou gaze entre o terceiro ou quarto dedo da mão não dominante;
- v) Posicionar a mão não dominante logo abaixo do local a ser furado e puxar a pele para baixo e lateralmente com o lado ulnar da mão, a fim de administrar uma técnica em Z (*Z-track*). Esse método evita o retorno da medicação;
- w) Inserir a agulha de forma rápida e suave, com a agulha em angulação de 90° - Figura 1 e *bise/* voltado para o lado (a injeção “rápida como dardo” reduz o desconforto);
- x) Segurar a parte inferior do tubo da seringa com a mão não dominante enquanto a mão dominante se desloca para segurar o êmbolo;
- y) Puxar o êmbolo para se certificar que a agulha não está em um vaso sanguíneo;
- z) Injetar o medicamento de forma lenta e contínua;
- aa) Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;
- bb) Comprimir o local com o algodão ou gaze sem massagear;
- cc) Recolher todo o material, descartar os perfuro cortantes no recipiente adequado;
- dd) Retirar as luvas e higienizar as mãos;



ee) Checar os procedimentos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente e sistema de informação vigente.

6.1 – Capacidade - deltoide

- Até 2 ml;
- Contraindicado para crianças de 0 a 10 anos; pacientes de pequeno aporte muscular; idosos; pacientes com parestesia ou paralisia dos membros superiores; paciente submetido à mastectomia e/ou esvaziamento cervical.

6.2 – Capacidade - dorso-glútea

- Até 5 ml;
- Contraindicada para crianças menores de 2 anos; idosos; pacientes com atrofia dos músculos da região, parestesia de MMII e lesões vasculares de MMII.

6.3 – Capacidade – vasto lateral da coxa

- Até 4 ml.

6.4 – Capacidade - ventro-glútea

- Até 4 ml.

7. Recomendações/Observações

- a) Se o volume a ser administrado ultrapassar a capacidade do músculo, a dose deverá ser fracionada e aplicada em mais de um local.
- b) Atentar para complicações por aplicação como: lesões no músculo, nervos e vasos por falha técnica; administração de substâncias irritantes ou com pH diferente; alterações orgânicas por reação do medicamento; embolia por injeções em veias e artérias glúteas e alergias.

8. Referências

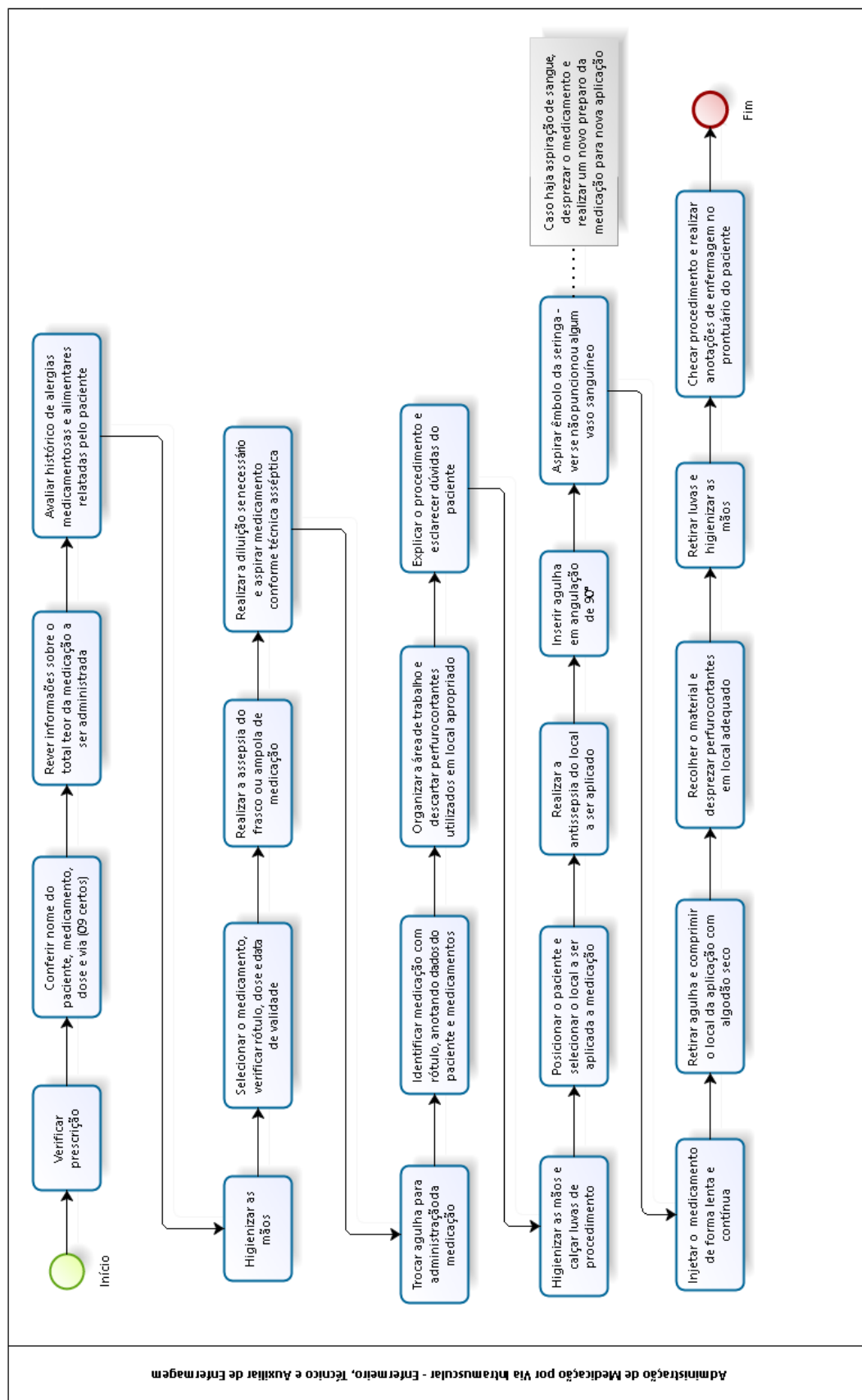
DUMPE, M. L. ARCHER, E. **Procedimento e protocolos Práxis Enfermagem**. Editora: Guanabara Koogan, 2006, 740 páginas.

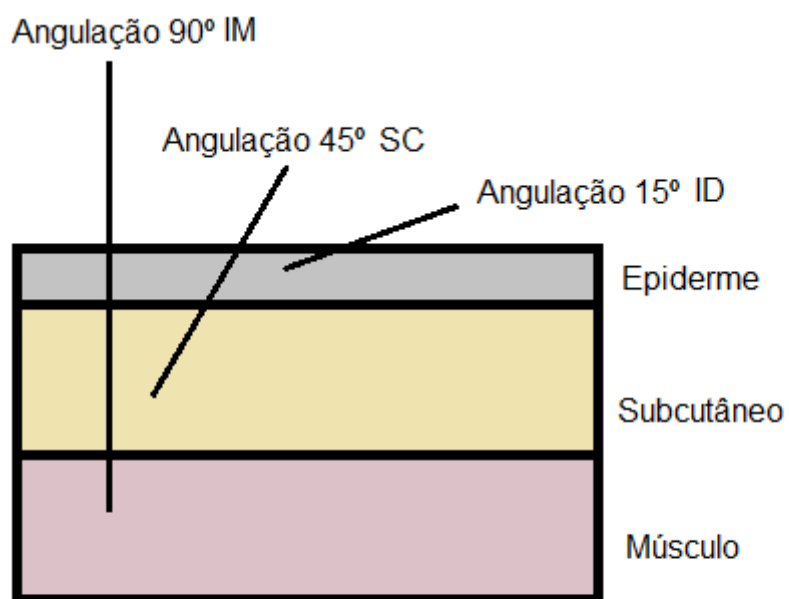
DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.



9. Fluxograma

ANEXO - Figuri





Fonte: elaborado pelos autores



Procedimento Operacional Padrão**4.12 Administração de Benzilpenicilina Benzatina****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de administração de benzilpenicilina benzatina.

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

5. Materiais

- Bandeja ou cuba rim;
- Frasco ampola da benzilpenicilina benzatina;
- Água destilada;
- Seringa;
- Agulha (para diluição);
- Agulha (para administração);
- Algodão;
- Solução antisséptica;
- Luvas de procedimento;
- Máscara cirúrgica.

6. Descrição do Procedimento

- a) Checar prescrição médica (vide POP sala de medicação 9 CERTOS);
- b) Perguntar ao paciente e/ou acompanhante se possui algum tipo de alergia ou se já apresentou alguma reação alérgica relacionada à administração de benzetacil ou outro medicamento;
- c) Reunir todo o material necessário ao procedimento na bandeja ou cuba rim;
- d) Checar o rótulo, a dose e validade do medicamento;
- e) Promover privacidade ao paciente;



- f) Explicar o procedimento;
- g) Higienizar as mãos;
- h) Calçar as luvas de procedimento;
- i) Colocar máscara cirúrgica;
- j) Realizar a diluição do medicamento no frasco-ampola com água destilada;
- k) Aspirar o medicamento com agulha de maior calibre;
- l) Trocar a agulha para a aplicação;
- m) Posicionar o paciente em decúbito ventral;
- n) Eleger o local de administração (quadrante superior externo do glúteo);
- o) Realizar a antisepsia do local;
- p) Pinçar o músculo entre os dedos indicador e polegar, realizando uma prega, preferencialmente com a mão não dominante;
- q) Introduzir a agulha no centro do quadrante selecionado previamente pinçado, em ângulo de 90° (reto) em relação à pele, com *bisel* voltado para o lado e com movimento firme, porém delicado;
- r) Soltar a prega realizada na musculatura;
- s) Aspirar a seringa para certificar que não há refluxo de sangue, caso haja, desprezar medicação, preparar outra dose para aplicação;
- t) Injetar a medicação de forma lenta e contínua na musculatura;
- u) Retirar a agulha e comprimir o local da aplicação com algodão seco a fim de realizar hemostasia;
- v) Solicitar que o paciente aguarde alguns minutos deitado até que se sintam bem para se levantar e deambular;
- w) Reunir o material, descartar o que for necessário em local apropriado;
- x) Retirar as luvas e máscara;
- y) Higienizar as mãos;
- z) Checar a medicação na prescrição médica;
- aa) Registrar o procedimento no prontuário do paciente.

7. Recomendações/Observações

- a) Após a aplicação da medicação, o paciente deverá aguardar cerca de 30 minutos na UBS a fim de se observar possíveis reações anafiláticas.
- b) Em caso de reações anafiláticas deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no âmbito da Atenção Primária à Saúde.
- c) Para administração da benzetacil na UBS, a unidade deverá possuir todos os equipamentos e materiais necessários para o atendimento de urgências e emergências, conforme Parecer COFEN nº 008/2014.



- d) A escolha do calibre da agulha para administrar a medicação deverá ser selecionada de acordo com a idade do paciente e espessura do tecido subcutâneo.
- e) No caso dos lactentes, o local mais indicado é o músculo vasto lateral (região anterolateral da coxa), pois representa a maior massa muscular dessa faixa etária.
- f) Para aplicação da benzetacil na APS, faz-se necessário protocolo e treinamento para atendimento de eventuais emergências relacionadas às reações alérgicas.
- g) Durante a aplicação da medicação deve-se orientar o paciente a não contrair o glúteo.
- h) Realizar rodízio no local de administração do medicamento em casos de aplicações recorrentes ou tratamentos prolongados.
- i) Recomendar uso de compressa de água morna por 5 minutos, caso observe edema ou dor no local da aplicação.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.161 de 27 de dezembro de 2011**: Dispõe sobre a administração da penicilina na UBS no âmbito do SUS. Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer 008/2014** – Solicitação de posicionamento quanto a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.161 de 27/12/2011. Brasília, 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/PB. **Parecer técnico nº 25/2015** – Protocolo para administração de penicilina nas Unidades Básicas de Saúde – SUS. Paraíba, 2015.

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

_____. Secretaria de Estado de Saúde DF. Protocolos de Urgência e Emergência da SES-DF. 1ª Ed. Revisada e Ampliada – Brasília: Secretaria de Estado de Saúde DF, 2006. 285. il.

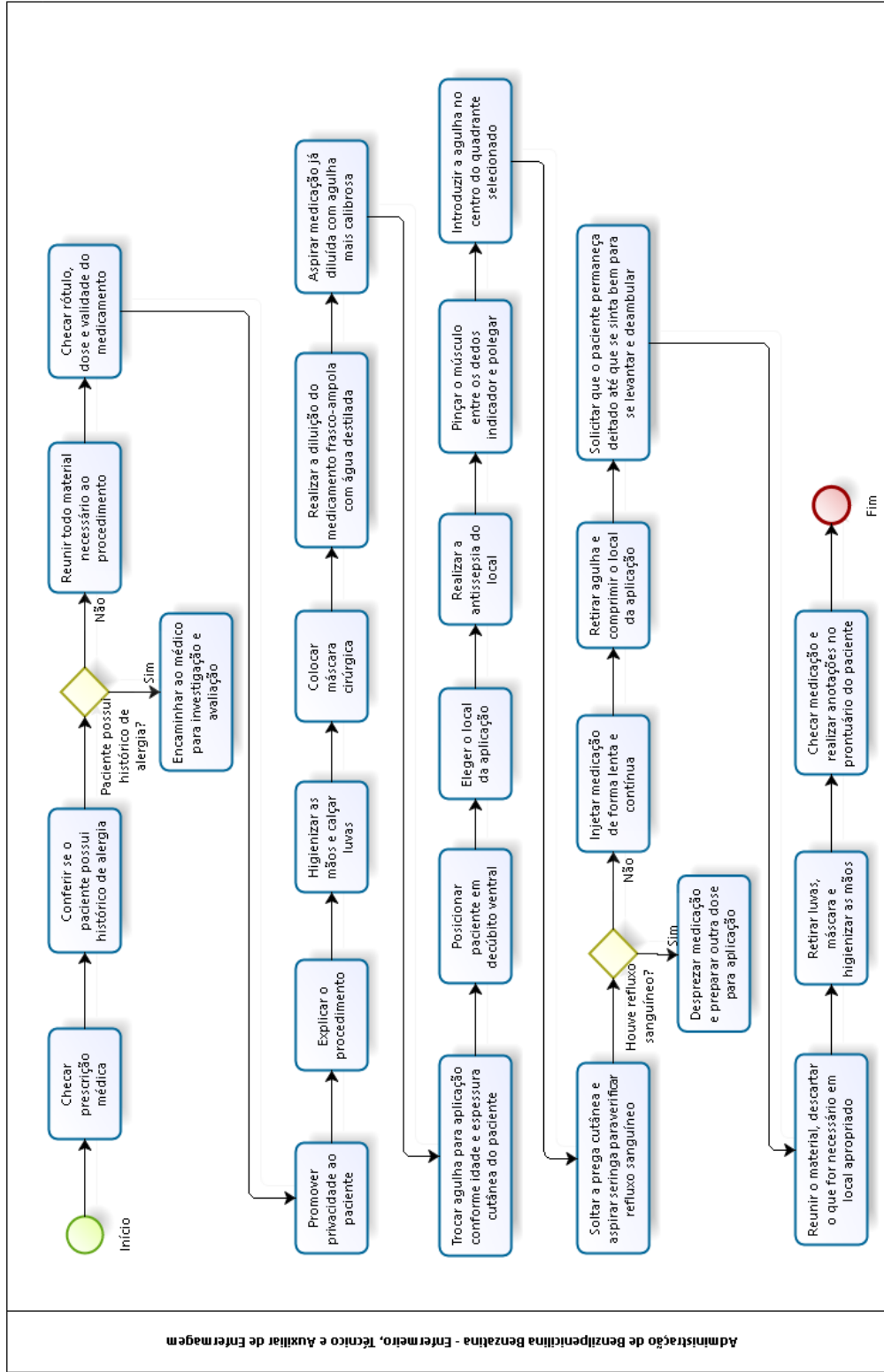
DUMPE, M. L. ARCHER, E. **Procedimento e protocolos Práxis Enfermagem**. Editora: Guanabara Koogan, 2006, 740 páginas.

EDITORA DE PUBLICAÇÕES MÊDICAS (EPUB). AME - **Dicionário de Administração de medicamentos na enfermagem** – 9º edição. 2013. Editora EPUB.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



9. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão

4.13 Administração de Medicação por Via Endovenosa

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Administração da droga diretamente na veia para se obter ação imediata.

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 medicação, procedimento ou consultório

5. Materiais

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa;
- Agulha para preparo do medicamento;
- Cateter venoso periférico (agulhado ou sobre agulha);
- Equipo se infusão de grande volume;
- Soro fisiológico ou diluente específico;
- Etiqueta/fita adesiva;
- Esparadrapo/micropore/adesivo hipoalergênico;
- Bandeja ou cuba rim;
- Luvas de procedimento;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito).

6. Descrição do Procedimento

- a) Verificar prescrição;
- 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 queimaduras, feridas extensas e irritações nos locais de aplicação;
- e) 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;
- 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 com o cuidado de não contaminar a agulha;
- k) Diluir a medicação conforme a prescrição e/ou recomendação;
- l) Trocar a agulha utilizada para preparo da medicação por um cateter venoso periférico agulhado ou sobre agulha caso precise ser conectado a um equipo para infusão de grande volume;
- m) Utilizar a etiqueta/fita adesiva para rotular a medicação preparada, anotando o nome do paciente, o nome da medicação, a dose, a via e o tempo de infusão da medicação;
- n) Colocar a medicação preparada sobre uma bandeja limpa;
- o) Limpar a área de trabalho. Descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas;
- p) Explicar a finalidade do medicamento e sua ação ao paciente. Esclarecer as dúvidas que surgirem;
- q) Higienizar as mãos e calçar as luvas de procedimento;
- r) Posicionar o paciente da forma mais confortável possível;
- s) Selecionar o local de punção;
- t) Procurar desviar a atenção do paciente por meio de uma conversa com questionamentos abertos para aliviar a tensão;
- u) Realizar a antisepsia do local com álcool a 70 % e deixar secar;
- v) Garrotear o membro acima da articulação anterior da região escolhida para punção e realizar a punção;
- w) Retrair o êmbolo da seringa até que flua uma pequena quantidade de sangue;
- x) Soltar o garrote;
- y) Se cateter venoso periférico sobre agulha, retirar a agulha e conectar o equipo ao dispositivo e fixar o cateter com esparadrapo/micropore/adesivo hipoalergênico;
- z) Injetar a medicação conforme velocidade recomendada;
- aa) Observar sinais de infiltração, queixas de dor ou desconforto no paciente;
- bb) Retirar o dispositivo após o término da medicação;



- cc) Aplicar um algodão ou gaze no local e fixar com esparadrapo/micropore/adesivo hipoalergênico por 2 minutos;
- dd) Recolher todo o material, descartar os perfuro cortantes no recipiente adequado;
- ee) Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- ff) Checar os procedimentos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente e sistema de informação vigente.

7. Observação

Atentar para complicações por aplicação como: risco de reações alérgicas e intoxicações, choque, embolia gasosa, flebite, esclerose da veia, hematoma, infiltração medicamentosa e abscesso.

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

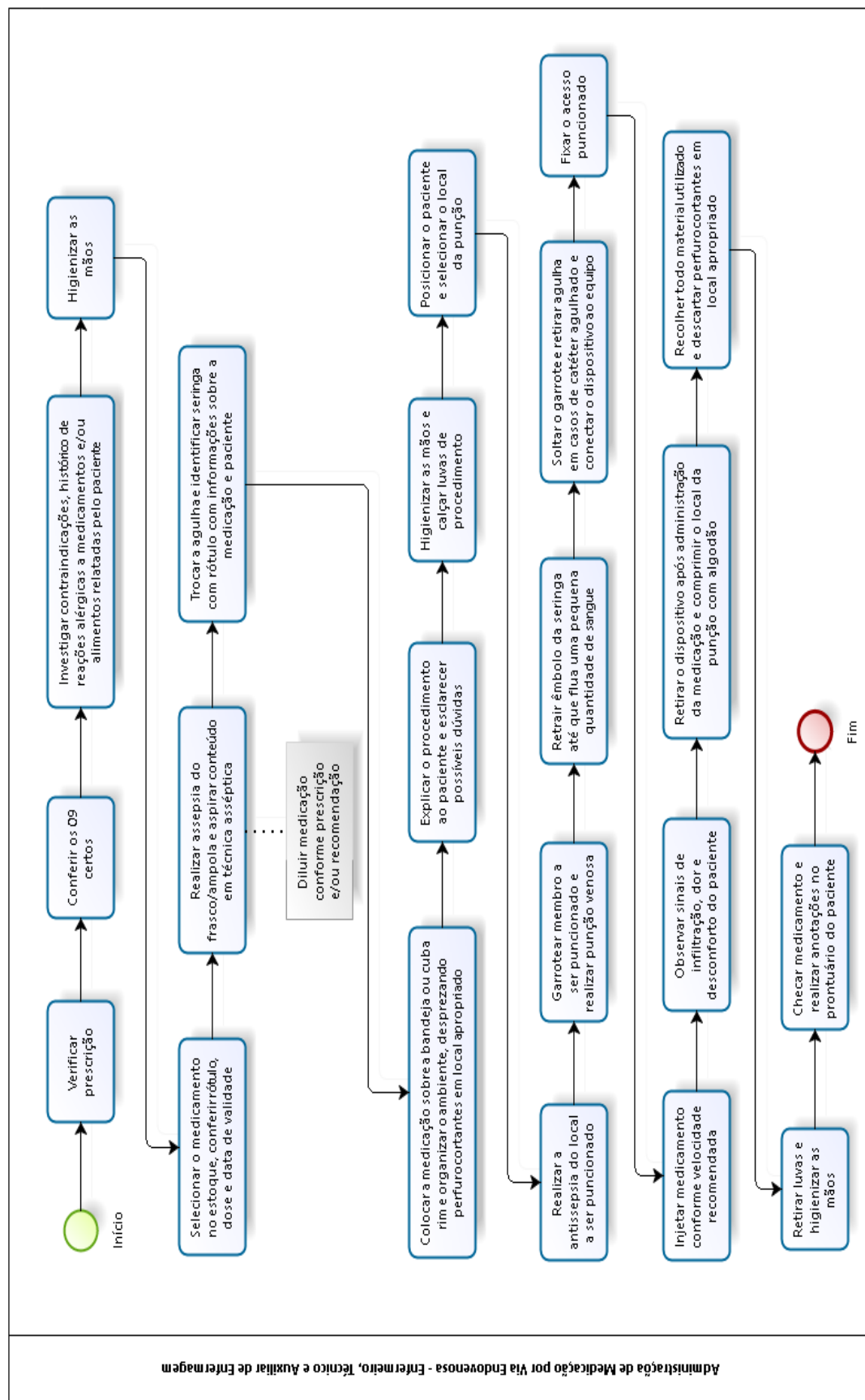
4.14

Área (s): COAF

Portaria SES-DF Nº

1. Objetivo

Padronizar o pro



2. Finalidade do Procedimento

- Obter acesso venoso pérvio;
- Administrar medicamentos que necessitam de uma ação imediata, que são dolorosos por outra via ou em grande volume/dose;
- Administrar soros.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de medicações

5. Responsáveis

Enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem

6. Materiais

- 01 bandeja ou cuba rim para apoio;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Solução antisséptica;
- 01 cateter sobre agulha de calibre adequado à rede venosa do paciente;
- 01 garrote;
- Bolas de algodão;
- 01 frasco de soro (conforme prescrição médica);
- 01 equipo simples;
- Identificação da solução;
- Espardrapo, micropore ou fixação própria de acesso venoso.

7. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Verificar na prescrição médica: nome do paciente, solução a ser infundida, volume, data e horário;
- c) Separar e conferir o a solução, dose, via e prazo de validade;
- d) Preencher o rótulo com o nome do paciente, volume da solução, tempo de gotejamento ou número de gotas e o nome do profissional responsável pelo preparo;
- e) Fixar o rótulo preenchido no frasco do lado contrário ao da identificação da solução com fita adesiva;
- f) Datar o equipo com o prazo de validade conforme orientação da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- g) Conectar o equipo;
- h) Preencher o equipo com a solução para a retirada do ar e pinçar;



- i) Reunir a solução e o restante do material em uma bandeja ou cuba rim;
- j) Dispor a bandeja ou cuba rim sobre a mesa de apoio;
- k) Aproximar o suporte de soro ao lado da cama do paciente, preferencialmente do lado a ser puncionado;
- l) Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- m) Calçar luvas de procedimento;
- n) Posicionar o paciente de maneira confortável e adequada à realização do procedimento;
- o) Expor a região a ser puncionada;
- p) Palpar a rede venosa para escolher o local a ser puncionado, de preferência vasos periféricos superficiais de grosso calibre e distante das articulações. Indicadas as veias: cefálica, basílica, mediana, as do antebraço e as do plexo venoso do dorso da mão; sentido distal para proximal (conforme figura 1 e 2);
- q) Escolher o cateter adequado ao calibre do vaso periférico;
- r) Prender o garrote acima do local escolhido (não o colocar sobre as articulações);
- s) Pedir ao paciente para abrir e fechar a mão e, em seguida, mantê-la fechada;
- t) Fazer a antisepsia da área usando algodão embebido em solução antisséptica, com movimentos no sentido do retorno venoso ou circular do centro para fora;
- u) Tracionar a pele do paciente (no sentido da porção distal do membro) com a mão não dominante, posicionando o dedo polegar cerca de 2,5cm abaixo do local selecionado para a punção;
- v) Informar ao paciente o momento da punção, solicitando que faça uma inspiração profunda;
- w) Inserir a agulha com o *bisel* voltado para cima, até observar o refluxo do sangue;
- x) Soltar o garrote e solicitar ao paciente para abrir a mão;
- y) Retirar o mandril quando puncionar com cateter sobre agulha, fazendo pressão acima da ponta do cateter com o indicador da mão não dominante;
- z) Conectar equipo;
- aa) Testar a permeabilidade do sistema. Observar se não há formação de infiltração (soroma) local;
- bb) Fixar o cateter à pele do cliente, utilizando fixação disponível, de maneira que fique firme, visualmente estético e que não atrapalhe os movimentos;
- cc) Identificar no próprio curativo do cateter com dia, hora da punção, calibre do cateter utilizado;
- dd) Recolher o material utilizado e desprezar em local adequado;
- ee) Retirar as luvas;
- ff) Higienizar as mãos;
- gg) Checar procedimento e realizar anotações no prontuário do paciente e relatórios.



8. Recomendações/Observações

- a) O uso de cateter sobre agulha é indicado nos casos de terapia endovenosa prolongada, enquanto que o cateter periférico agulhado (*scalp*) é recomendado para terapia por curto período em clientes adultos e cooperativos ou para clientes pediátricos ou idosos com veias frágeis e esclerosadas.
- b) Contraindicações para punção venosa relacionadas ao local de punção: mastectomia, fístula arteriovenosa, linfedema, déficit motor e sensitivo, locais com lesões cutâneas.
- c) Caso haja dificuldade de visualização da veia, é indicado retirar o garrote e pedir ao cliente para abrir e fechar a mão várias vezes com o braço em posição pendente (para baixo) para aumentar o fluxo venoso, indica-se também, colocar bolsa de água morna sobre a região de punção para promover vasodilatação e facilitar a visualização das veias.
- d) Recomenda-se preferencialmente puncionar o local mais distal do membro para preservar o vaso.

9. Referências

ANVISA. **Orientações para prevenção de infecção primária de corrente sanguínea.** Brasília, 2010.

ARCHER, E. et al. **Procedimentos e protocolos.** Revisão Técnica de Marléia Chagas Moreira e Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BORTOLOZO, N.M. et al. **Técnicas em enfermagem: passo a passo.** Botucatu: EPUB, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Coleta de Sangue: Diagnóstico e monitoramento das DST, AIDS e Hepatites Virais.** Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília, 2010. 98p. (série TELELAB).

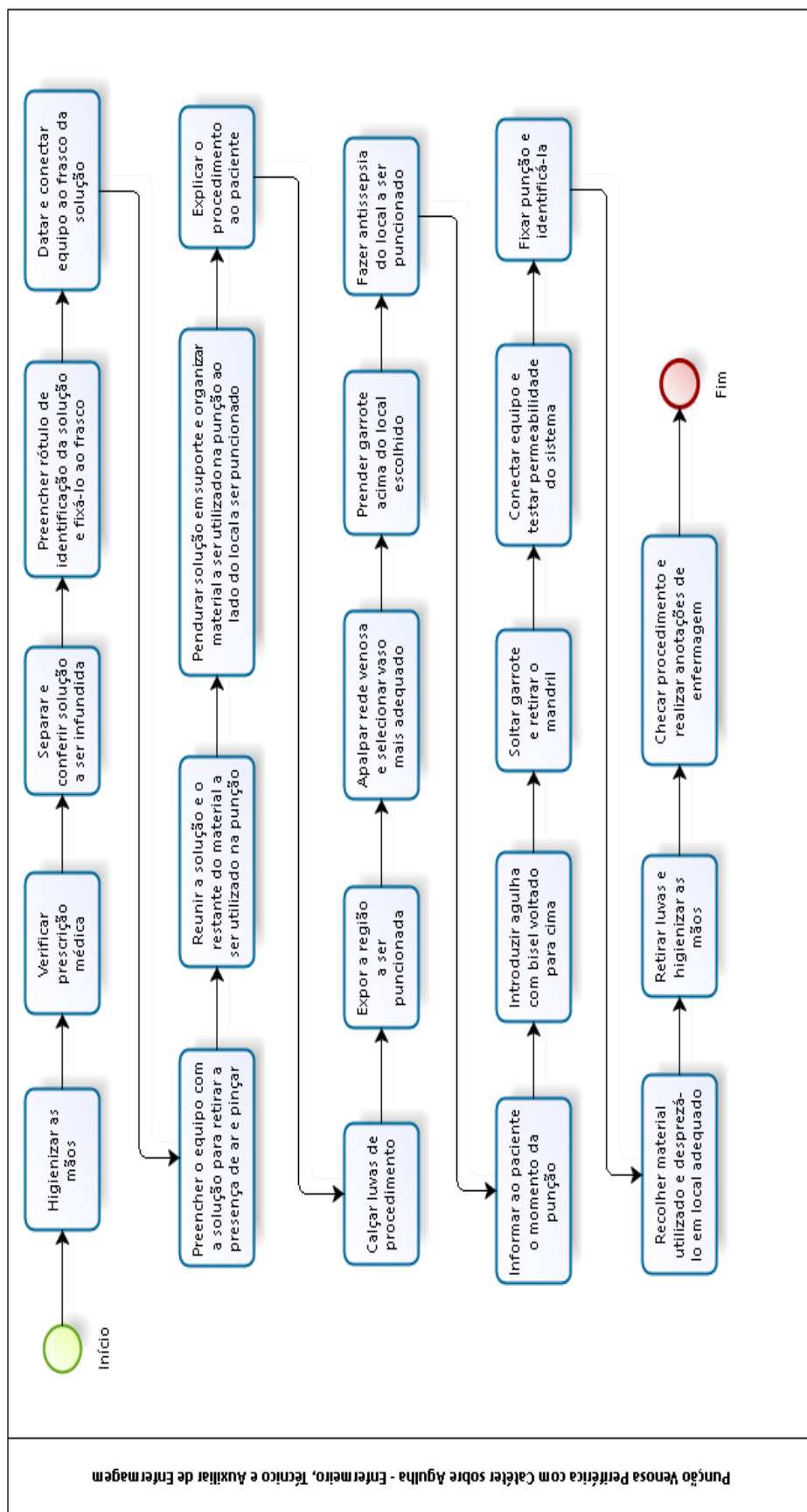
FERNANDES, A. M.O.; DAYER, M.C.; HANGUI, W.Y. (Org.). **Manual de normas e rotinas hospitalares.** Goiânia: AB, 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem.** Brasília, 2013. 228 p.



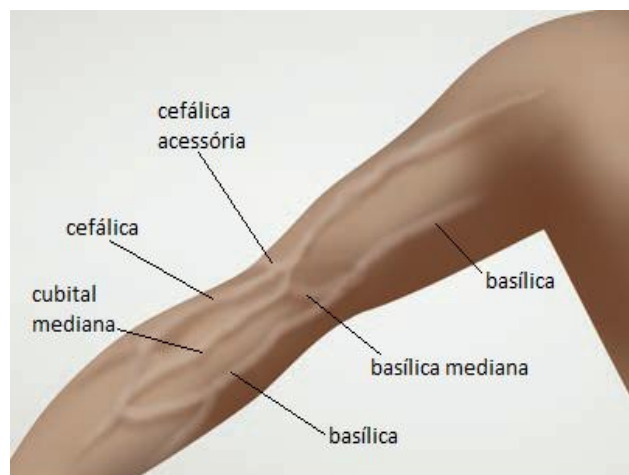


10. Fluxograma



ANEXOS

Figura 1. Veias dos membros superiores



Fonte: Ministério da Saúde (2010).

Figura 2. Veias do dorso da mão



Fonte: Ministério da Saúde (2010).



Procedimento Operacional Padrão**5.1 Coleta de Sangue para Triagem Neonatal Biológica
no Recém-Nascido (RN)****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Orientar a equipe de enfermagem para coleta do “teste do pezinho” – técnica de punção de calcâneo.

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. Descrição do Procedimento

O exame de triagem neonatal biológica é obtido através de amostra de sangue no calcâneo do recém-nascido, por isso chamado de “teste do pezinho”. Essa tecnologia se destina a triagem dos seguintes agravos: Fenilcetonúria, Aminoacidopatias, Hipotireoidismo Congênito, Hiperplasia Adrenal congênita, Galactosemia, Deficiência de Biotinidase, Toxoplasmose Congênita, Deficiência de G6PD, Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Defeitos dos Ácidos Graxos e Acidemias Orgânicas. O teste do pezinho deve ser realizado na maternidade, antes da alta do RN. Há três condições para ser realizado na Unidade Básica de Saúde:

5.1 Caso não tenha sido realizado na maternidade;

5.2 Caso o RN tenha nascido em maternidade privada ou de outro município;

5.3 Caso haja necessidade de recoleta do material.

6. Atribuição do Enfermeiro

a) Realizar supervisão da equipe de enfermagem;

b) Realizar a coleta da amostra;

c) Realizar notificação na vigilância epidemiológica de sua referência em caso de alteração;



- d) Realizar busca ativa para segunda amostra e tratamento quando solicitado pelo serviço de referência;
- e) Realizar o contato com a família em caso de alteração do exame.

7. Atribuição do Técnico/Auxiliar de Enfermagem/Técnico de Laboratório

- a) Realizar a coleta da amostra;
- b) Solicitar avaliação prévia do enfermeiro em situações de dúvida;
- c) Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
- d) Realizar busca ativa para segunda amostra e tratamento quando solicitado pelo serviço de referência.

8. Materiais

- Papel filtro;
- Saco plástico;
- Luva de procedimento;
- Gaze não estéril;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Esparadrapo;
- Lanceta própria para punção de calcâneo;
- Cartão de coleta previamente preenchido;
- Caderneta da criança.

9. Descrição da Técnica

- a) Orientar a mãe ou acompanhante sobre o exame e solicitar colaboração durante a execução do mesmo;
- b) Preencher todos os campos do cartão de coleta;
- c) Higienizar as mãos;
- d) Calçar luvas de procedimento;
- e) Separar duas gazes secas e uma com álcool 70%;
- f) Colocar o RN em posição de coleta: os pés sempre abaixo do nível do coração, o acompanhante deverá assegurar o posicionamento correto do RN;
- g) Retirar meia e sapato do pé que será utilizado para a coleta;
- h) Massagear o local para estimular a circulação sanguínea;
- i) Realizar antissepsia do pé do RN com álcool 70%;
- j) Deixar o álcool secar completamente;
- k) Puncionar uma das laterais da região plantar do calcanhar, com a lanceta apropriada conforme figura I;



- l) Segurar o pé e o tornozelo do RN, envolvendo com o dedo indicador e o polegar todo o calcanhar de forma a imobilizar o pé sem prender a circulação;
- m) Aguardar a formação de uma grande gota (desprezar a primeira gota);
- n) Encostar o papel-filtro na gota de sangue e deixar o sangue ser absorvido pelo papel, lentamente, até o preenchimento do círculo (não é necessário que os limites do sangue coincidam com os limites dos círculos);
- o) Repetir a mesma operação até que todos os círculos estejam preenchidos, sem tocar no papel com sangue coletado;
- p) Após a coleta, colocar a criança deitada, comprimir levemente o local da punção com gaze ou algodão seco até que o sangramento cesse;
- q) Verificar a amostra contra a luz. O aspecto deve ser translúcido e homogêneo. Virar o cartão e observar se o sangue passou para o outro lado, ou seja, se foi absorvido adequadamente. A qualidade da amostra é atribuição de quem coletou, em caso de amostra inadequada não hesitar em colhê-la novamente;
- r) Deixar o papel com as amostras secar na horizontal por três (3) horas;
- s) Após esse tempo, colocar em saco plástico na geladeira, até ser encaminhada ao laboratório;
- t) Encaminhar ao laboratório em caixa térmica com gelo reciclável;
- u) Identificar na unidade coletora, em livro próprio, todas as coletas realizadas e encaminhadas e os devidos contatos dos pacientes;
- v) Registrar em Prontuário e na Caderneta da Criança.

10. Recomendações/Observações

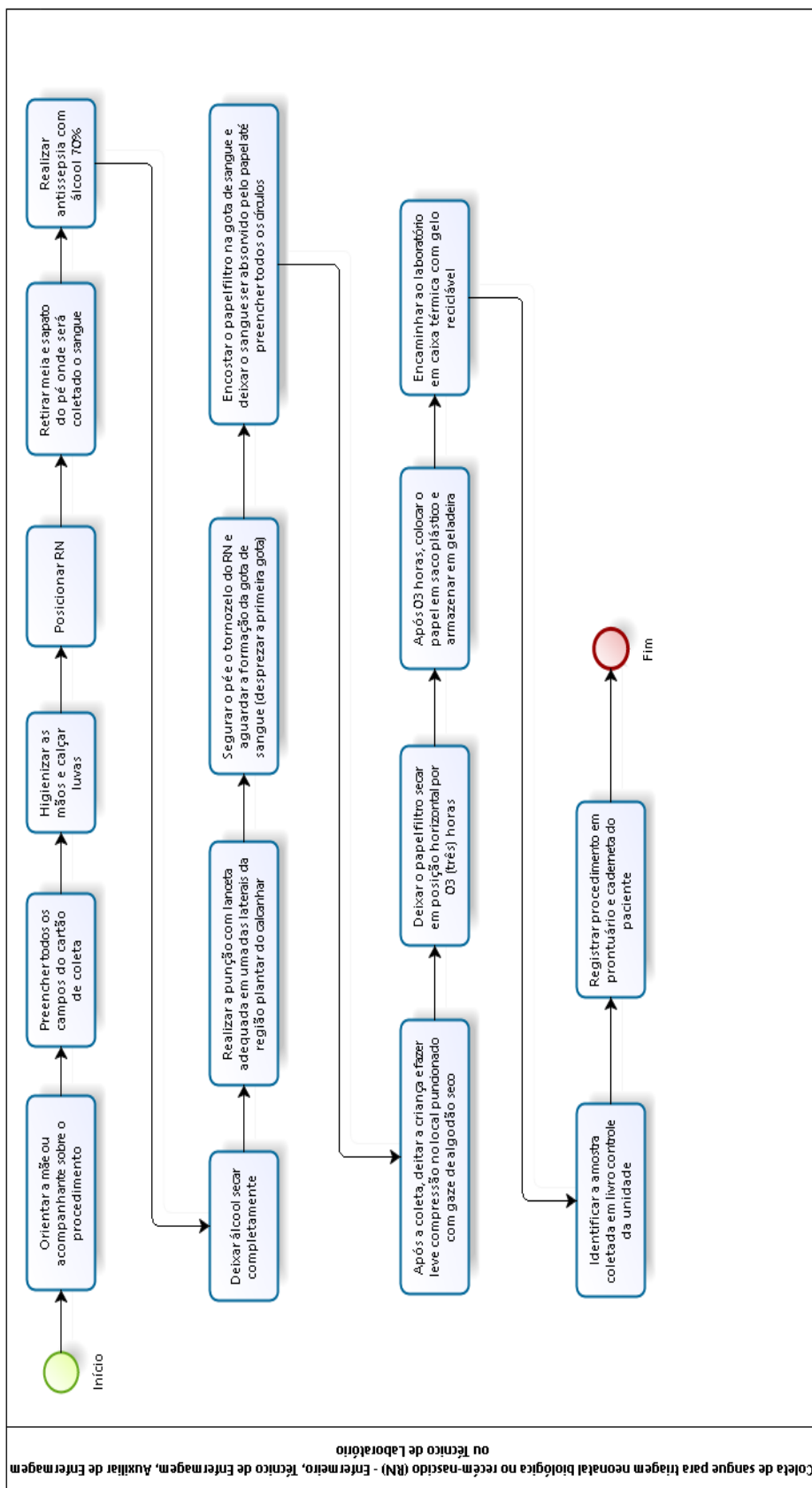
- a) Não realizar o procedimento com o RN despido, pois o frio dificulta a coleta fazendo vasoconstrição periférica, além do bebê movimentar-se mais pelo desconforto da temperatura.
- b) A sala de coleta não deve ter ar-condicionado ligado: além de deixar o bebê com frio, as amostras não devem secar em ambiente com ar-condicionado.
- c) O preenchimento completo e com letra legível do cartão de coleta evita dificuldade de busca ativa, caso ocorra necessidade de contato com a família.

11. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual Técnico em Triagem Neonatal Biológica**. Ministério da Saúde. 1ª Edição. 2016.



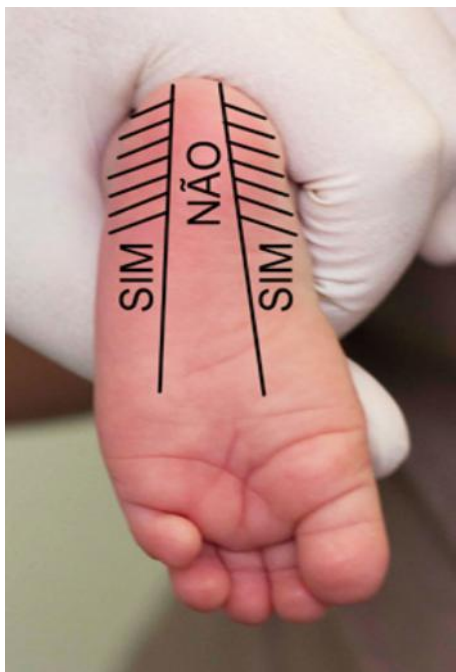
12. Fluxograma



Anexo

FIGURA I: Locais indicados para punção do calcâneo





Fonte: Manual Técnico Triagem Neonatal Biológico/MS (2016).



Procedimento Operacional Padrão

5.2 Coleta de Sangue Venoso

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar o procedimento para coleta de sangue venoso para testes e análises laboratoriais.

2. Finalidade do Procedimento

Obter amostra de sangue venoso para realização de testes e análises laboratoriais para auxílio diagnóstico.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos

5. Responsáveis

Enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem

6. Materiais

- Bandeja ou cuba rim;
- Um par de luvas de procedimentos;
- Etiqueta para identificação da amostra;
- Garrote, bolas de algodão, solução antisséptica;
- Seringa de 10 ml com agulha 30X7mm;
- Frascos para acondicionamento da amostra devidamente identificado.

7. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Reunir o material necessário numa bandeja ou cuba rim;
- c) Fazer o rótulo do frasco de coleta;
- d) Conferir o nome completo do paciente;
- e) Explicar o procedimento ao cliente e/ou acompanhante;
- f) Posicionar o cliente de modo a facilitar a localização da veia para punção;
- g) Calçar as luvas de procedimento;
- h) Expor a região a ser puncionada;



- i) Prender o garrote acima do local escolhido (não o colocar sobre as articulações);
- j) Palpar a rede venosa para escolher o local a ser punccionado, de preferência vasos periféricos superficiais de grosso calibre (figura 1 e 2);
- k) Proceder a antissepsia da pele;
- l) Introduzir a agulha no local escolhido com o *bisel* posicionado para cima;
- m) Aspirar a quantidade de sangue necessária para o (s) exame (s) a ser (em) realizado (s);
- n) Soltar o garrote e solicitar ao paciente que abra a mão;
- o) Comprimir o local da punção sem dobrar o braço do cliente, solicitando que o mesmo continue a comprimir por mais dois ou três minutos;
- p) Colocar o sangue nos frascos, deixando que o sangue escorra lentamente pelas paredes dos mesmos;
- q) Movimentar o tubo para homogeneizar seu conteúdo, caso tenha anticoagulante;
- r) Recolher o material utilizado e desprezar em local adequado;
- s) Retirar as luvas de procedimento;
- t) Higienizar as mãos;
- u) Realizar as anotações no prontuário;
- v) Enviar o material ao laboratório.

8. Referências

BRASIL. Ministério da saúde. **Coleta de Sangue: Diagnóstico e monitoramento das DST, AIDS e Hepatites Virais**. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Brasília, 2010. 98p. (série TELELAB).

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

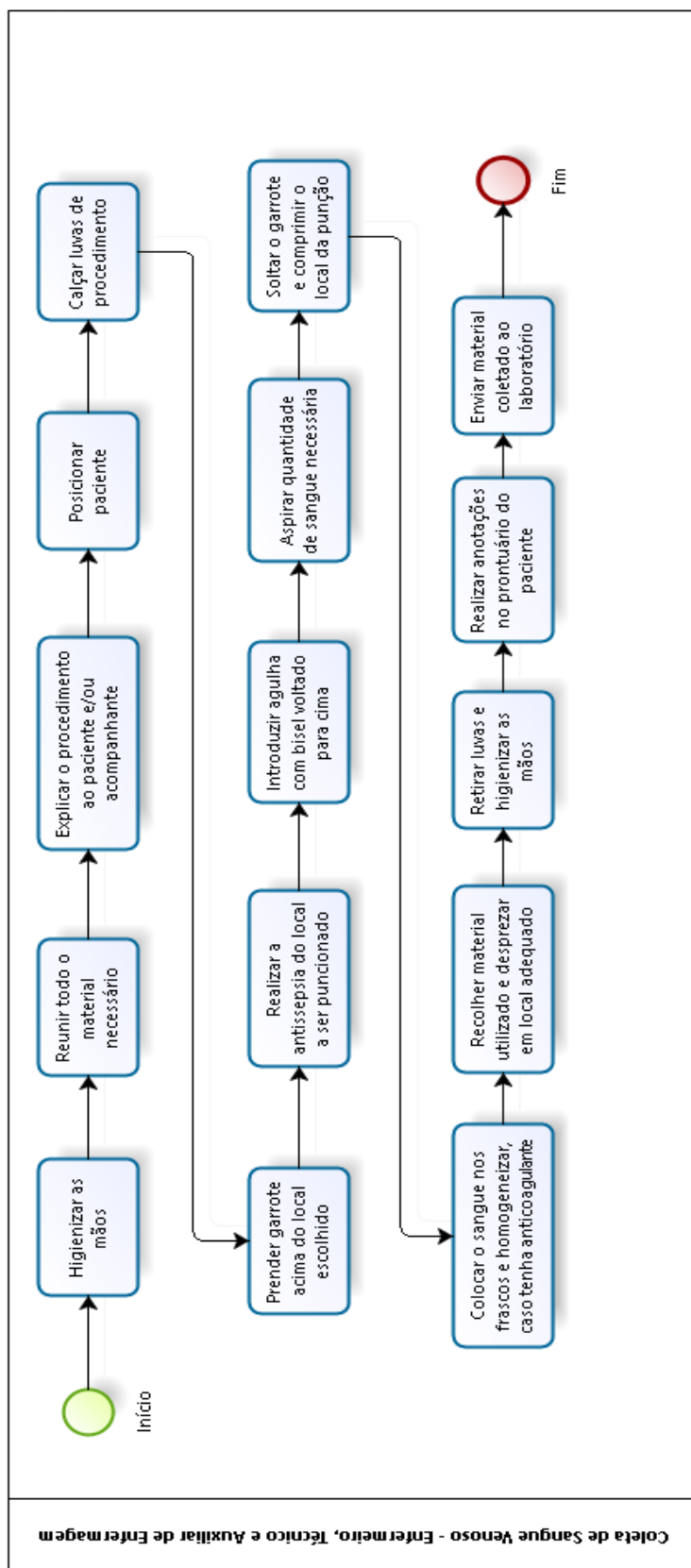
PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. **Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem**. Florianópolis: Ed. Cidade Futura, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA CLÍNICA. **Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso**. 2. ed. Barueri, SP: Minha Editora, 2010. Disponível em: <<http://www.sbpc.org.br/upload/conteudo/320090814145042.pdf>>. Acesso em 04/04/2017.



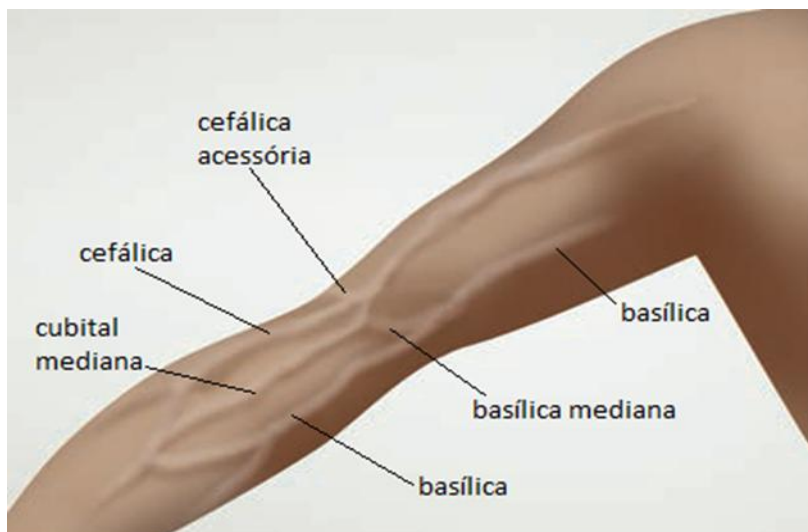
9. Fluxograma





ANEXOS

Figura 1. Veias dos membros superiores



Fonte: Ministério da Saúde (2010).

Figura 2. Veias do dorso da mão

Anexo



Fonte: Ministério da Saúde 2010).



Procedimento Operacional Padrão**5.3 Testagem Rápida de HIV, Sífilis e Hepatite****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar e melhorar o processo de trabalho na testagem rápida de HIV, Sífilis e Hepatite nas Unidades Básicas de Saúde da SES-DF.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

4. Local de Aplicação

Sala de procedimento ou consultório

5. Materiais

- EPI (equipamento de Proteção Individual);
- Cronômetro ou relógio;
- Kit de Teste Rápido para HIV, hepatite e sífilis - individuais, com manual de instruções de uso;
- Planilha para solicitação de testes (entrada e saída);
- Ficha de controle de estoque;
- Relatórios de não conformidades;
- Folha de trabalho de realização dos testes;
- Formulários para emissão de laudo diagnóstico;
- Fichas de atendimento.

6. Descrição do Procedimento**6.1 No aconselhamento/pré-teste:**

- a) Acolher o paciente, criando um ambiente de confiança e respeito com os profissionais da equipe de APS, responsabilizando-se pela integralidade do cuidado, favorecendo o vínculo e a avaliação de vulnerabilidade, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (referência e contra referência);



- b) Aconselhar o paciente e suas parcerias sexuais levando em conta suas expectativas, avaliação de riscos e vulnerabilidades em DST (doenças sexualmente transmissíveis), orientando-o e apoiando-o nas decisões a partir dos resultados dos testes rápidos: direitos, saúde sexual e reprodutiva, janela imunológica, especificidades e prevenção.

6.2 Procedimento:

- a) Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;
- b) Higienizar as mãos;
- c) Paramentar com uso de EPI's;
- d) Iniciar a coleta de material para realização dos testes rápidos, conforme orientações do fabricante;
- e) Executar o teste;
- f) Interpretar o resultado:
 - Para os resultados REAGENTES nos casos de HIV, seguir o fluxograma preconizado de realização de teste rápido confirmatório (T2), utilizando teste de marca/fabricante diferente do teste de triagem (T1). Em caso de resultados discordantes, realizar coleta de uma amostra por punção venosa e encaminhar para realizar fluxograma específico em laboratório. Caso não tenha T2 disponível, não realizar o T1 e encaminhar para outra unidade de saúde ou CTA/Rodoviária;
 - Para os resultados REAGENTES nos casos de sífilis adquirida ou em gestante, seguir o fluxograma preconizado de coleta de amostra para teste não treponêmico (VDRL ou outro) e iniciar tratamento com penicilina, nas dosagens previstas nos protocolos clínicos da SES-DF ou Ministério da Saúde;
 - Para os resultados REAGENTES nos casos de hepatite B e C, realizar coleta de uma amostra por punção venosa e encaminhar para laboratório realizar fluxograma específico de confirmação do diagnóstico;
 - ATENÇÃO: somente após a realização integral dos fluxogramas é possível finalizar o diagnóstico. Portanto não é possível fornecer laudo somente com a realização dos testes de triagem.
- g) Higienizar as mãos;
- h) Registrar o resultado;
- i) Emitir o laudo.

6.3 No aconselhamento/pós-teste:

- a) Instrumentalizar o paciente com informações que contribuem em suas decisões;
- b) Responsabilizar-se pela integralidade do cuidado, favorecendo o vínculo e a avaliação de vulnerabilidade, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (referência e contrarreferência);



- c) Aconselhar o paciente e suas parcerias sexuais levando em conta suas expectativas, avaliação de riscos e vulnerabilidades em DST, orientando-o e apoiando-o nas decisões a partir dos resultados dos testes rápidos: direitos, saúde sexual e reprodutiva, janela imunológica, especificidades e prevenção;
- d) O aconselhamento é fundamental tanto para os casos REAGENTES como para os NÃO REAGENTES. É a oportunidade de esclarecer dúvidas, estimular a prevenção, fornecer preservativos, orientar sobre a possibilidade de profilaxia pós-exposição (PEP), oferecer imunização para hepatite B, alertar para risco de reinfecção, adesão à tratamento, entre outros.

6.4 Após aconselhamento

- a) Para os casos de HIV e hepatites B e C, encaminhar para os serviços especializados de referência da regional ou outra regional conforme a disponibilidade do paciente, para realização de exames complementares (*), consulta clínica e definição de esquema terapêutico;
- b) Para os casos de sífilis adquirida e em gestante, realizar o manejo preconizado pelos protocolos clínicos da SES-DF ou do Ministério da Saúde;
- c) Notificar os casos detectados:
- ✓ Todas as infecções sexualmente transmissíveis (IST) são de notificação compulsória (vide POP Notificação Compulsória IST) em até 7 dias (Portaria SES-DF nº 140/16). Devem notificadas de acordo com os critérios de definição de casos previstos, com o preenchimento da Ficha de Notificação e Investigação (FNI) e inserção no SINAN, com encerramento nos seguintes prazos:

Doença ou agravo	CID	Prazo de encerramento (Após data de notificação)
Condiloma acuminado	A63.0	60 dias
Hepatites virais	B19	180 dias
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida	B24	60 dias
Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera	Z21	60 dias
Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV	Z20.6	60 dias
HIV - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	B24	60 dias
Infecção gonocócica do olho	A54.3	60 dias
Síndrome da ulcera genital	N48.5	60 dias
Síndrome do corrimento cervical	N72	60 dias
Síndrome do corrimento uretral	R36	60 dias



Úlcera vaginal	N76.5	60 dias
Sífilis adquirida	A53.9	60 dias
Sífilis congênita	A50.9	60 dias
Sífilis em gestante	O98.1	60 dias

7. Recomendações/Observações

- a) Os testes rápidos deverão ser feitos em livre demanda, obedecendo os critérios e especificidades de cada um, no momento do atendimento.
- b) O exame deverá ser realizado por profissional de nível superior ou técnicos ou auxiliares de enfermagem previamente treinados. Lembrando que o aconselhamento pós teste e o laudo deve ser reservado ao profissional de nível superior.
- c) Em caso de teste de HIV REAGENTE, deverá ser realizado a contraprova pelo profissional de nível superior com outro KIT de laboratório diferente, conforme protocolo; caso REAGENTE encaminhar o paciente para o centro de referência da regional ou outra regional conforme a disponibilidade do paciente.
- d) Realizar testagem para HIV somente caso exista na unidade testes para contraprova.
- e) Notificar resultados REAGENTE para HIV no SINAN.
- f) Notificar resultados REAGENTE para HIV em GESTANTES no SINAN.
- g) Ressalta-se às demandas livres de atendimento as gestantes, não queixosas, que estão fazendo pré-natal nesta UBS. O fluxo acordado deverá contemplar exames de Sífilis no 1º, 2º e 3º trimestre e HIV no 1º e 3º trimestre. Todos os testes deverão ser feitos no momento do atendimento. Agendamentos devem ocorrer em caráter excepcional.
- h) O tratamento será definido conforme protocolos clínicos da SES-DF ou Ministério da Saúde.
- i) Uso obrigatório em todos os procedimentos de equipamento de proteção individual (EPI's).
- j) Fazer desinfecção do mobiliário com hipoclorito a 1%, caso haja respingos de sangue.
- k) As folhas de registro devem ser preenchidas e arquivadas na UBS.
- l) Os resultados dos testes rápidos também devem ser registrados no prontuário do usuário.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/manual-tecnico-para-diagnostico-da-infeccao-pelo-hiv>

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para Diagnóstico das Hepatites Virais**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/o-manual-tecnico-para-o-diagnostico-das-hepatites-virais>



_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso Rápido de Vigilância Epidemiológica de HIV, Aids e Sífilis – CRVE – HIV/Aids/Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adul>

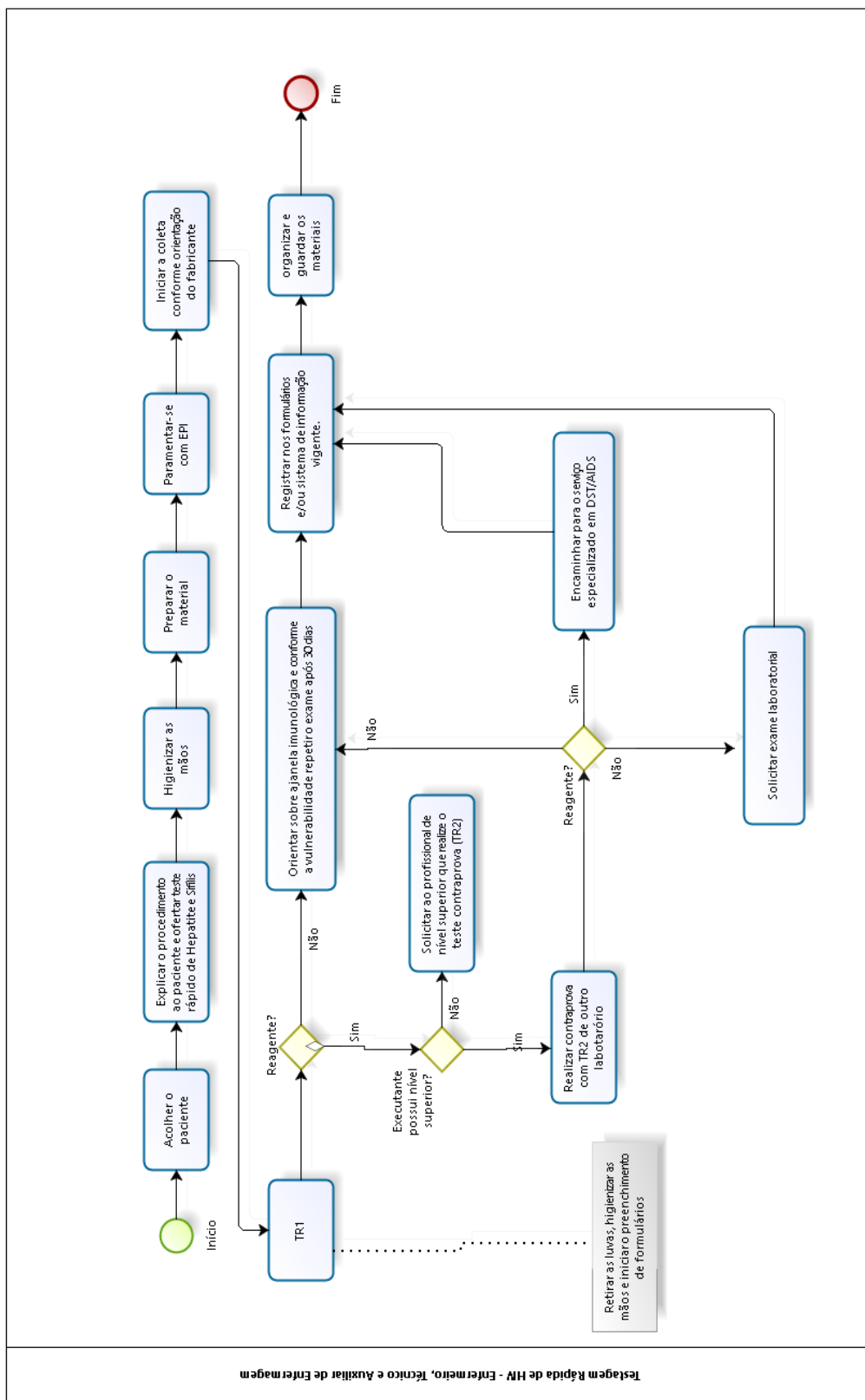
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatites C e Coinfecções**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfeccoes>

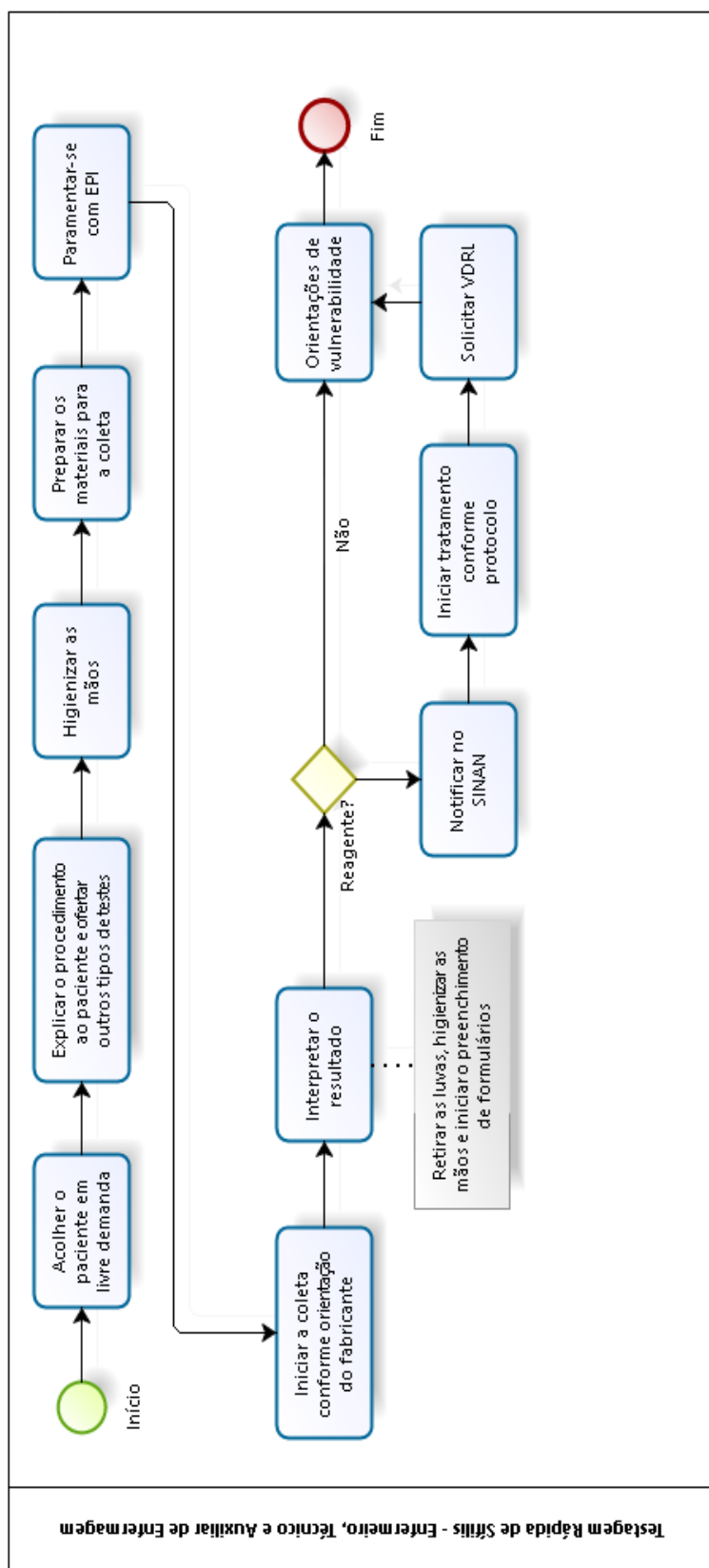
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatites B e Coinfecções**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfeccoes>

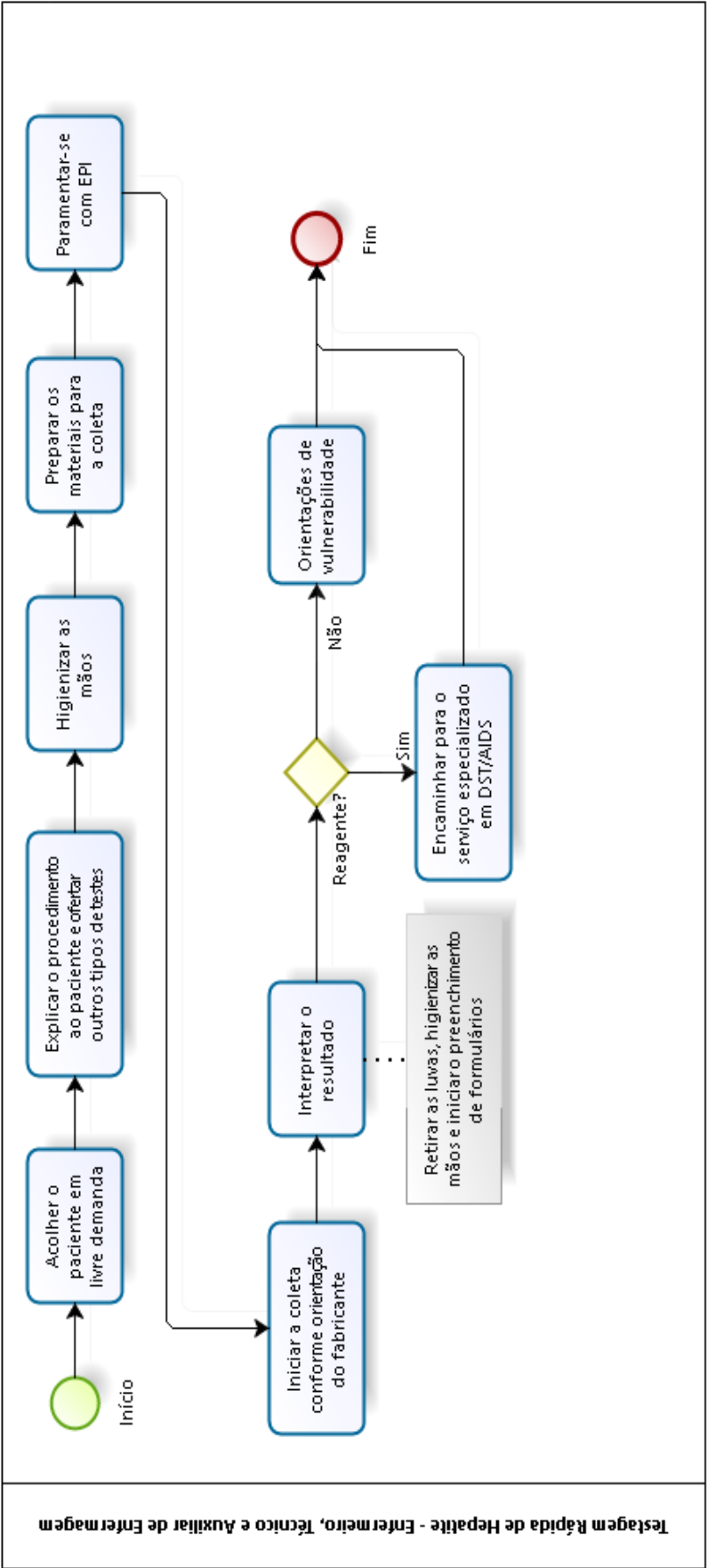
DISTRITO FEDERAL, Secretaria de Saúde. **Diário Oficial do Distrito Federal, nº 155**. Brasília, 2016. Disponível em http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2016/08_Agosto/DODF%20155%2017-08-2016/DODF%20155%2017-08-2016%20SECAO1.pdf



9. Fluxogramas







Procedimento Operacional Padrão**5.4 Coleta do Material Citopatológico para Rastreamento de Câncer do Colo Cervical****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar os procedimentos de coleta de material citopatológico com vistas a identificar grupos de risco e adoção de estratégias de rastreamento do câncer de colo do útero (CaCu) - por prevenção e 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, técnico ou auxiliar de enfermagem

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Atribuição do Enfermeiro

Coleta do material para o citopatológico.

6. Atribuições do Técnico/Auxiliar de Enfermagem/Técnico de Laboratório

Apoiar o procedimento de coleta do material para o citopatológico.

7. Materiais

- a) Espéculos de tamanhos variados, preferencialmente descartáveis;
- b) Lâminas de vidro com extremidade fosca;
- c) Espátula de Ayres;
- d) Escova endocervical;
- e) Luvas descartáveis;
- f) Álcool a 70%, preferencialmente;
- g) Recipiente para acondicionamento das lâminas, tipo tubete;
- h) Formulários de requisição do exame citopatológico do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN);
- i) Fita adesiva para a identificação dos frascos;



- j) Lápis grafite preto nº 2;
- k) Lençol, preferencialmente descartável;
- l) Mesa ginecológica;
- m) Mesa auxiliar;
- n) Foco de luz;
- o) EPI necessário;
- p) Biombo ou local reservado para troca de roupa.

8. Descrição do Procedimento

8.1 Antes da coleta do material:

- a) Reunir e organizar o material necessário;
- b) Identificar e acolher a paciente;
- c) Conferir nome, data de nascimento e endereço;
- d) Explicar o propósito do exame citopatológico e as etapas do procedimento;
- e) Investigar a história clínica da paciente:
 - Data da última menstruação (DUM),
 - Gestação, parto e aborto,
 - Uso de métodos anticoncepcionais,
 - Utilização de lubrificantes, espermicidas, medicamentos vaginais,
 - Realização de exames intravaginais e relações sexuais vaginais nas 48 horas anteriores,
 - História de infecções sexualmente transmissíveis (IST),
 - Sangramento vaginal pós-coito ou anormais,
 - Data de realização do último exame citopatológico,
 - Ocorrência de alterações e ou tratamentos;
- f) Preencher os dados no formulário do SISCAN para requisição de exame citopatológico do colo do útero;
- g) Identificar a lâmina com lápis grafite preto nº 2, na extremidade fosca, contendo:
- h) Iniciais do nome da paciente;
- i) Número de registro da Secretaria de Saúde;
- j) Solicitar que a paciente esvazie a bexiga;
- k) Orientar a paciente que retire a peça íntima em casos que ela esteja de vestido;
- l) Caso ela não esteja de vestido, oferecer uma camisola ou lençol descartável.

8.2 Procedimento de coleta:

- a) Auxiliar a paciente a colocar-se na posição ginecológica;
- b) Orientar quanto ao desconforto e possibilidade de sangramento, que cessará espontaneamente;
- c) Posicionar o foco de luz;



- d) Higienizar as mãos;
- e) Calçar luvas de procedimento;
- f) Observar nos órgãos genitais externos: integridade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios vaginais e presença de lesões anogenitais;
- g) Introduzir o espéculo suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado de maneira que o colo do útero fique exposto completamente (não usar lubrificante);
- h) Fazer uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espéculo fique na posição horizontal;
- i) Uma vez introduzido totalmente na vagina, abrir lentamente e com delicadeza e se houver dificuldade de visualização do colo, solicite que a paciente tussa, não surtindo efeito solicite ajuda de outro profissional;
- j) Após exposição do colo, coletar o material. Se houver grande quantidade de secreção ou leucorreia, retirar delicadamente o excesso com gaze, sem friccionar o colo;
- k) COLETA ECTOCERVICAL: Com espátula de Ayres fazer uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, estender o material na lâmina com suave pressão;
- l) COLETA ENDOCERVICAL: Utilize a escova de coleta endocervical. Recolha o material, introduzindo a escova delicadamente no canal cervical girando 360° num só sentido, estender o material no restante da lâmina, rolando a escova;
- m) Os materiais devem ser coletados separadamente e colocadas em uma única lâmina;
- n) Colocar a lâmina no recipiente tipo tubete, já identificado e contendo álcool;
- o) Fechar o especulo e retirá-lo delicadamente, inspecionando a vulva e períneo;
- p) Informar e orientar a paciente quanto ao término do procedimento;
- q) Enfatizar a importância do retorno para o resultado;
- r) Descartar o material utilizado na coleta em recipiente adequado;
- s) Retirar as luvas;
- t) Higienizar as mãos;
- u) Registrar as informações no formulário do SISCAN e prontuário da paciente;
- v) Encaminhar material coletado para laboratório da SES-DF.

8.3 Após receber o laudo

- a) Cabe à equipe fazer busca ativa e acompanhamento da usuária;
- b) Enfermeiro ou Médico: avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer do colo do útero, quando necessário.



9. Recomendações/Observações

- a) O exame não deve ser feito no período menstrual, aguardar o quinto dia após o término da menstruação.
- b) Há possibilidade de a paciente apresentar colo friável (levemente inflamado e facilmente irritável). Nesses casos deve-se ter mais cuidado na coleta do material pois há maior risco de sangramento.
- c) O exame preventivo não é específico para diagnóstico de IST.
- d) O profissional responsável pela coleta deve zelar pela execução correta da técnica para evitar a ocorrência de amostra insatisfatória.
- e) Deve ser mantida a privacidade da paciente.
- f) Gestantes têm o mesmo risco que não gestantes de apresentarem câncer do colo do útero ou suas lesões precursoras. O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal.
- g) Oferecer testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites, conforme necessidade identificada pelo profissional.
- h) Os tubetes utilizados para realização dos exames podem ser reutilizáveis desde que sejam lavados e desinfetados corretamente.
- i) 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 Mama).

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção básica nº 13: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**, vol. II. Brasília, 2012.

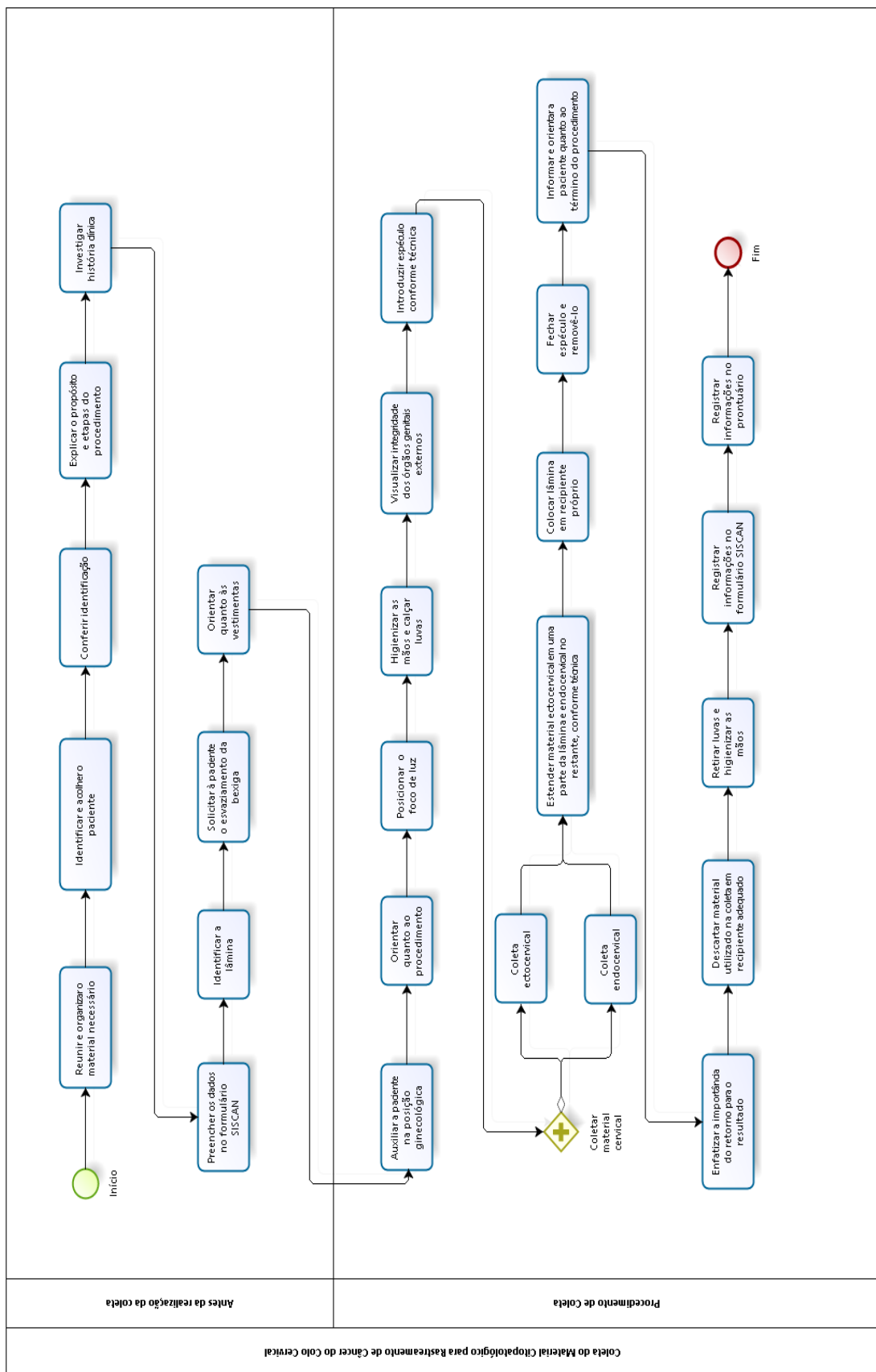
INSTITUTO DO CÂNCER. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2ª edição revista, ampliada e atualizada. 2016.



11. Fluxograma

Área (s): COAI
Portaria SES-DF Nº

1. Objetivos



- a) Orientar a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) para realização de Testes Rápidos de Gravidez;
- b) Detectar a presença ou ausência do hormônio gonadotrofina coriônica liberado na implantação do embrião.

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

- Testes Rápidos (TR) são aqueles cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 (trinta) minutos. Além disso, são de fácil execução e não necessitam de estrutura laboratorial.
- Na rede da SES-DF os testes rápidos de gravidez (TRG) são realizados com amostra urinária, nas UBS, por médicos, enfermeiros e técnico ou auxiliar de enfermagem e devem ser ofertados a todas as mulheres que buscarem atendimento com suspeita de gravidez.

6. Materiais

- Recipiente para coleta de urina;
- Etiqueta ou fita para identificação;
- Kit de teste para gravidez ou tira reagente;
- Impresso para laudo;
- Luva de procedimento.

7. Descrição do Procedimento

- a) Acolher a mulher com escuta qualificada para sua demanda;
- b) Perguntar sobre o período de amenorreia. Não poderá ser realizado com menos de 10 dias de atraso menstrual;
- c) Oferecer o frasco de coleta que deve estar identificado;
- d) Orientar a usuária quanto a coleta: desprezar o primeiro jato e coletar dois dedos de urina do jato seguinte;
- e) Orientar a paciente a retornar à sala onde está sendo atendida, levando consigo o recipiente com a urina a ser testada;
- f) Receber o material e proceder à realização do exame conforme as instruções do fabricante;
- g) Realizar a interpretação do exame conforme orientação do fabricante;
- h) Desprezar a urina e o coletor em local apropriado;



- i) Higienizar as mãos;
- j) Instruir a paciente conforme o resultado obtido;
- k) Ofertar testagem rápida de HIV, Sífilis e Hepatites, considerando a janela imunológica para cada teste;
- l) Realizar anotações de enfermagem no sistema de informação vigente e prontuário.

8. Recomendações/Observações

- a) Adiar a coleta de urina se a mulher utilizou creme vaginal ou se está com sangramento/menstruada.
- b) Colher preferencialmente a primeira urina do dia ou aguardar um intervalo de 3 (três) horas entre a micção anterior e a coleta de urina para o exame.
- c) Aproveitar a oportunidade para convidar o parceiro da usuária para as testagens rápidas acima descritas.
- d) Basear-se nos princípios do direito à privacidade, sigilo e confidencialidade.
- e) Conforme resultado:
 - Negativo:** repetir o teste no prazo de 15 dias e encaminhar para o “planejamento reprodutivo”.
 - Positivo:** iniciar o pré-natal, conforme protocolo vigente.

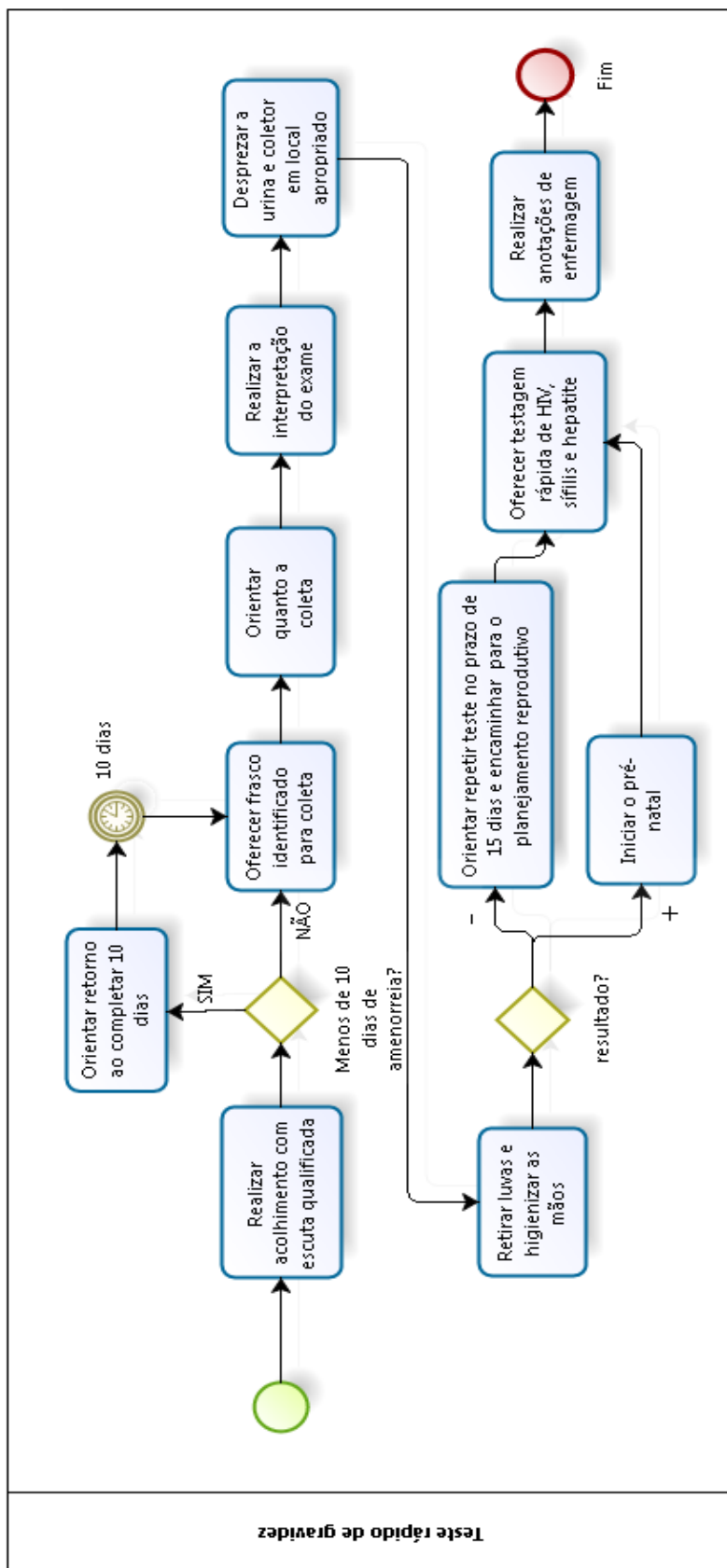
9. Referências

SECRETARIA DE SAÚDE DO DF. **Plano de Ação da Rede Cegonha no Distrito Federal.** Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 02/2014 –GCCRC-DF. Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica – Guia Técnico.** Brasília, 2014.



10. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão**5.6 Realização de Eletrocardiograma (ECG)****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivos

Padronizar a realização de eletrocardiograma na Atenção Primária à Saúde.

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;
- Aparelho de ECG;
- Gel condutor para ECG;
- Pacote de gaze;
- Álcool 70%;
- 01 instrumento para realização de tricotomia, se necessário e etiqueta de identificação.

6. Descrição do Procedimento

- a) Conferir a prescrição;
- b) Higienizar as mãos;
- c) Reunir o material;
- d) Conferir o nome do paciente;
- e) Apresentar-se e explicar o procedimento;
- f) Conectar o aparelho na rede elétrica;
- g) Retirar acessórios metálicos do paciente;
- h) Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeceira reta e membros superiores e inferiores estendidos ao longo do corpo;
- i) Limpar a superfície da pele do paciente com gaze e álcool a 70%;



- j) Posicionar eletrodos conforme descrição abaixo:
Instalar os 04 eletrodos nas extremidades dos membros, observando identificação dos mesmos: Braço Direito (BD ou RA), Perna Direita (PD ou RL), Braço Esquerdo (BE ou LA), Perna Esquerda (PE ou LL);
As derivações precordiais esquerdas padrão são:
*V1 - quarto espaço intercostal, borda esternal D;
*V2 - quarto espaço intercostal, borda esternal E;
*V3 - diagonalmente entre V2 e V4;
*V4 - quinto espaço intercostal, linha hemiclavicular E;
*V5 - quinto espaço intercostal (mesma linha de V4), linha axilar anterior;
*V6 - quinto espaço intercostal (mesma linha de V4 e V5), linha axilar média;
- k) Orientar o paciente para que durante a realização do exame evite se movimentar, tossir ou conversar;
- l) Ligar o aparelho e programa no automático que irá fazer a leitura (fazer 1 cópia);
- m) Analisar se o registro efetuado não contém interferências e está com leitura compatível;
- n) Após a leitura retirar cabos e eletrodos e proceder a higienização nos locais de retirada dos eletrodos;
- o) Realizar assepsia com álcool 70% nos eletrodos;
- p) Deixar o paciente confortável;
- q) Identificar o ECG com etiqueta do paciente, data, assinatura de quem o realizou e registrar no prontuário;
- r) Recolher e desprezar o material em local apropriado;
- s) Registrar o procedimento no sistema de informação vigente;
- t) Encaminhar o resultado para o profissional solicitante.

7. Recomendações/Observações

- a) Protocolar a realização dos exames em registro específico.
- b) Em pacientes com contraindicação quanto ao decúbito dorsal, realizar o registro da posição em que o exame foi realizado.
- c) Pacientes com muitos pelos, realizar tricotomia na área.
- d) Pacientes com dextrocardia (anomalia congênita em que o coração é posicionado no hemitórax direito), posicionar eletrodos no lado contrário.
- e) Se houver pedido de uma análise mais longa de cada derivação, utilizar o aparelho no “manual”, selecionando cada derivação.

8. Referências

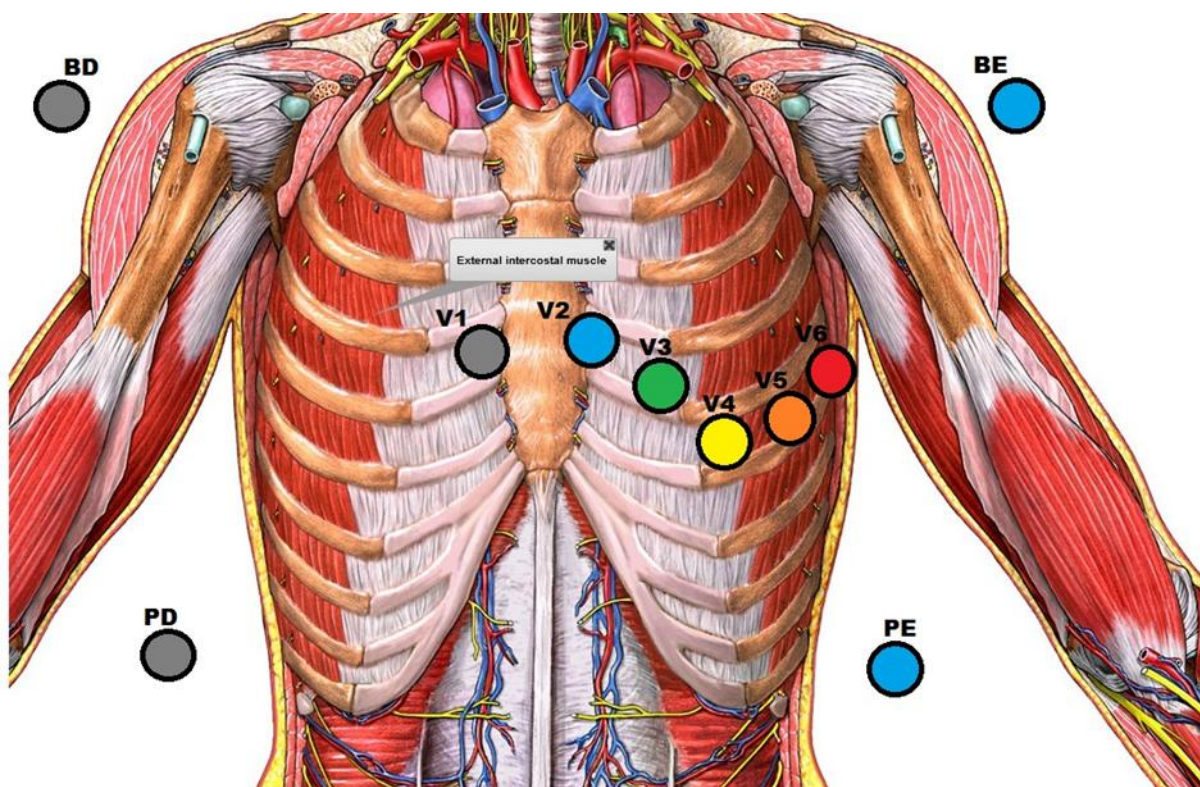
SMITH – TEMPLE. **Guia para Procedimentos de Enfermagem**, 3ª Edição, ARTIMED – Porto Alegre, RS, 2000.



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

ANEXO

Figura - Posicionamento dos eletrodos para ECG



Fonte: Elaborado pelos autores



Procedimento Operacional Padrão**5.7 Aferição de Glicemia Capilar****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar o procedimento para realização da aferição de glicemia capilar.

2. Finalidade do Procedimento

Identificar o valor da glicemia capilar de portadores de diabetes mellitus (DM) e avaliar possíveis causas de lipotimia, desmaios e convulsões.

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

- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Bandeja ou cuba rim;
- Glicosímetro;
- Fitas reagentes para glicose, compatível com o aparelho utilizado no momento;
- Lancetas de uso profissional.

7. Descrição do Procedimento

- a) Realizar a desinfecção da bandeja ou cuba rim com álcool à 70%;
- b) Separar o material necessário na bandeja ou cuba rim;
- c) Orientar o paciente sobre o procedimento e solicitar que higienize as mãos;
- d) Higienizar as mãos;
- e) Calçar as luvas de procedimento;
- f) Inserir a fita reagente no glicosímetro para ligá-lo;



- g) Fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- h) Com a outra mão, limpar a área com algodão limpo e seco;
- i) Com a lanceta, fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente em borda lateral da polpa digital, onde a dor é minimizada;
- j) Retirar a fita do glicosímetro e posicioná-la próxima ao dedo de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
- k) Obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente da fita;
- l) Reinsrer a fita reagente no glicosímetro;
- m) Pressionar o local da punção com algodão até hemostasia;
- n) Informar o resultado obtido ao paciente;
- o) Desprezar a fita reagente (no lixo infectante) e a lanceta na caixa específica para material perfuro cortante;
- p) Limpar o glicosímetro com algodão umedecido em álcool 70% (verificar recomendações do fabricante);
- q) Realizar a higienização da bandeja;
- r) Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- s) Registrar o valor obtido no prontuário e cartão de controle do paciente.

8. Recomendações/Observações

- a) Verificar a validade da fita reagente.
- b) É recomendada a monitorização da glicemia capilar três ou mais vezes ao dia a todas as pessoas com DM tipo 1 ou tipo 2 em uso de insulina em doses múltiplas.
- c) Em pessoas com bom controle pré-prandial, porém com HbA1c (hemoglobina glicada) elevada, a monitorização da glicemia capilar duas horas após as refeições pode ser útil.
- d) Em pessoas com DM tipo 2 em uso de antidiabéticos orais a monitorização da glicemia capilar não é recomendada rotineiramente.
- e) A glicemia capilar não é recomendada para rastreamento ou diagnóstico de DM.
- f) Atentar para pacientes em uso de anticoagulantes.

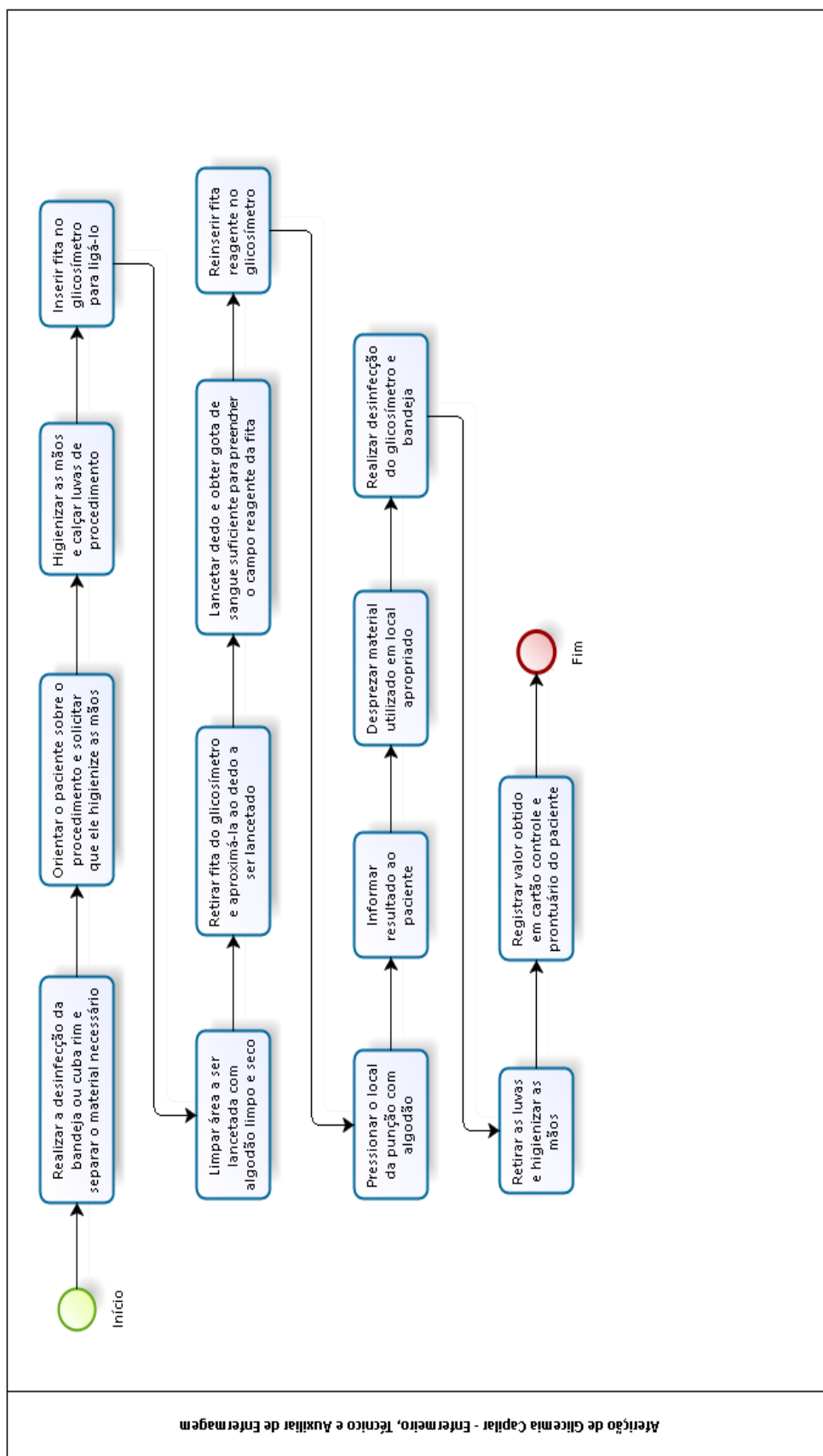
9. Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes**. Diabetes Care, Alexandria, v. 36, n. suppl. 1, Jan. 2013.

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.



10. Fluxograma



ANEXO – Tabela

Metas recomendadas para adultos com diabetes

HbA1C	< 7%
Glicemia jejum/pré-prandial	70 a 130 mg/dl (em maiores de 65 anos < 150 mg/dl)
Glicemia pós-prandial	< 180 mg/dl

Fonte: Ministério da Saúde (2013).



Procedimento Operacional Padrão

5.8 Coleta de Escarro para Exame de BK (Bacilo de Koch)

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de coleta de amostra de escarro para diagnóstico de tuberculose.

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

- Bandeja;
- Recipiente transparente, estéril com tampa de rosca e boca larga;
- Etiquetas;
- Luvas de procedimentos;
- Máscara N95;
- Saco plástico.

6. Descrição do Procedimento

1ª Amostra: No ato da consulta

- a) Higienizar as mãos;
- b) Reunir material que será utilizado;
- c) Identificar o corpo do recipiente com o nome do paciente e data da coleta;
- d) Colocar máscara N95 e calçar luvas de procedimento;
- e) Explicar o procedimento ao paciente e orientar para inspirar profundamente, prender a respiração por um instante, forçar a tosse e escarrar;



- f) Repetir o procedimento até obter a quantidade de escarro suficiente, 5 ml a 10 ml;
- g) Tampar o recipiente;
- h) Proteger o frasco com um saco plástico e encaminhar ao laboratório com o pedido do exame ou refrigerar por até 7 dias;
- i) Recolher o material;
- j) Retirar a máscara e luvas;
- k) Higienizar as mãos;
- l) Realizar as anotações no prontuário, livro de exames e sistema de informações;
- m) Encaminhar o material ao laboratório imediatamente, após a coleta.

2ª Amostra: No domicílio do paciente.

- a) Entregar o recipiente identificado com o nome do paciente e data da coleta;
- b) Orientar para coletar o escarro logo ao acordar;
- c) Orientar para enxaguar a boca com bastante água e somente água, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e após forçar a tosse escarrar. Repetir esta operação até obter três eliminações de escarro;
- d) Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nesta posição;
- e) Orientar para que traga a amostra para ser encaminhada ao laboratório.

7. Conservação e Transporte.

- As unidades de saúde deverão receber, a qualquer hora de seu período de funcionamento, as amostras coletadas no domicílio e conservá-las sob refrigeração até o seu processamento.
- Transportar as amostras com a requisição
- Transportar sob refrigeração utilizando de caixas térmicas com gelo reciclável ou gelo dentro de saco plástico;
- Proteger contra a luz solar; e
- Acondicionar adequadamente para que não haja risco de derramamento.

8. Recomendações/Observações

- a) Orientar o paciente a não cuspir e sim escarrar.
- b) Realizar a coleta sem prévia escovação da arcada dentária.
- c) O escarro é uma secreção viscosa de coloração esbranquiçada, esverdeada, amarela ou avermelhada quando tiver sangue, diferente da saliva.
- d) Não é necessário jejum;
- e) Nunca identificar o recipiente na tampa do recipiente;
- f) As amostras devem ser coletadas em local aberto, de preferência ao ar livre ou em condições adequadas de biossegurança.



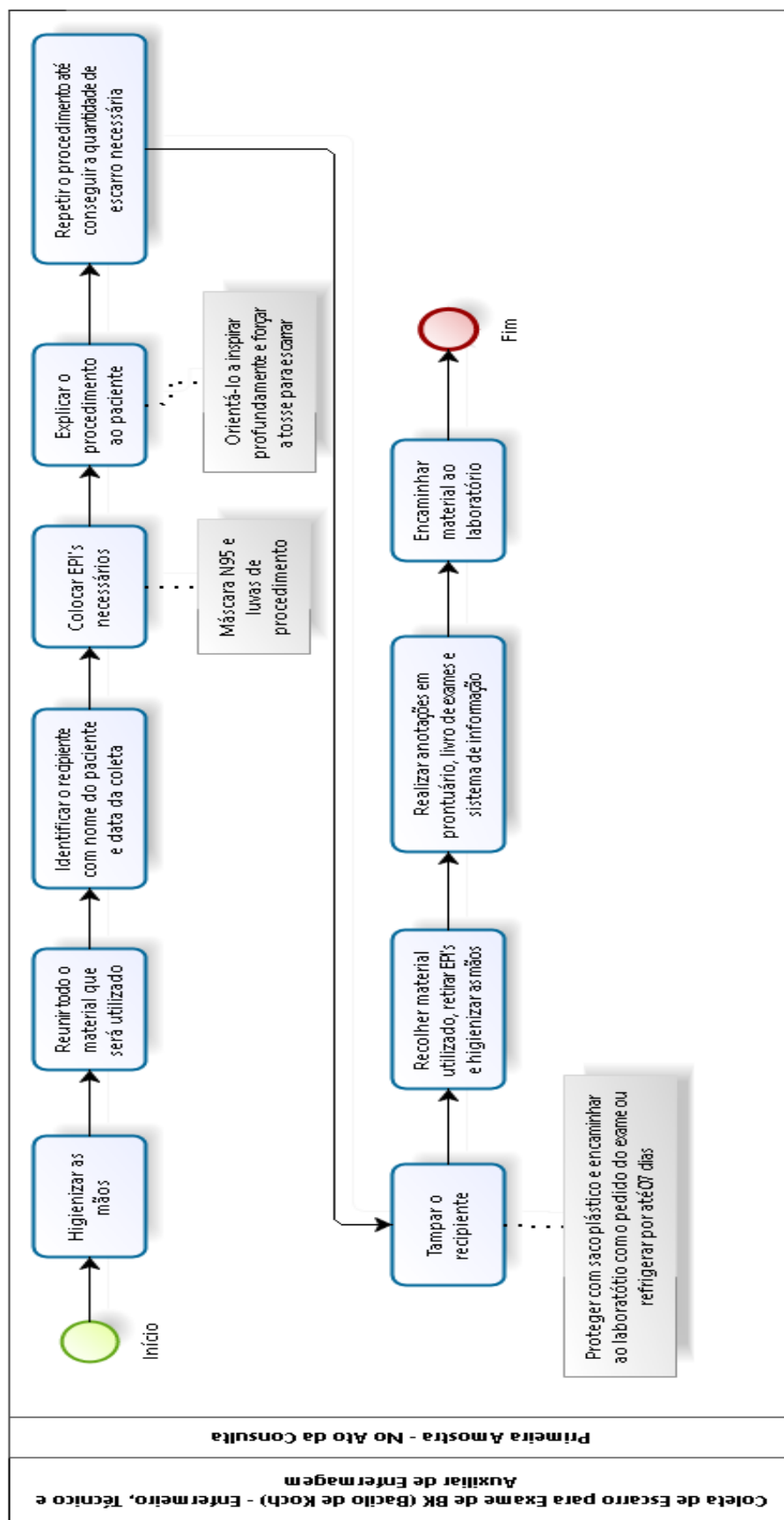
9. Referências

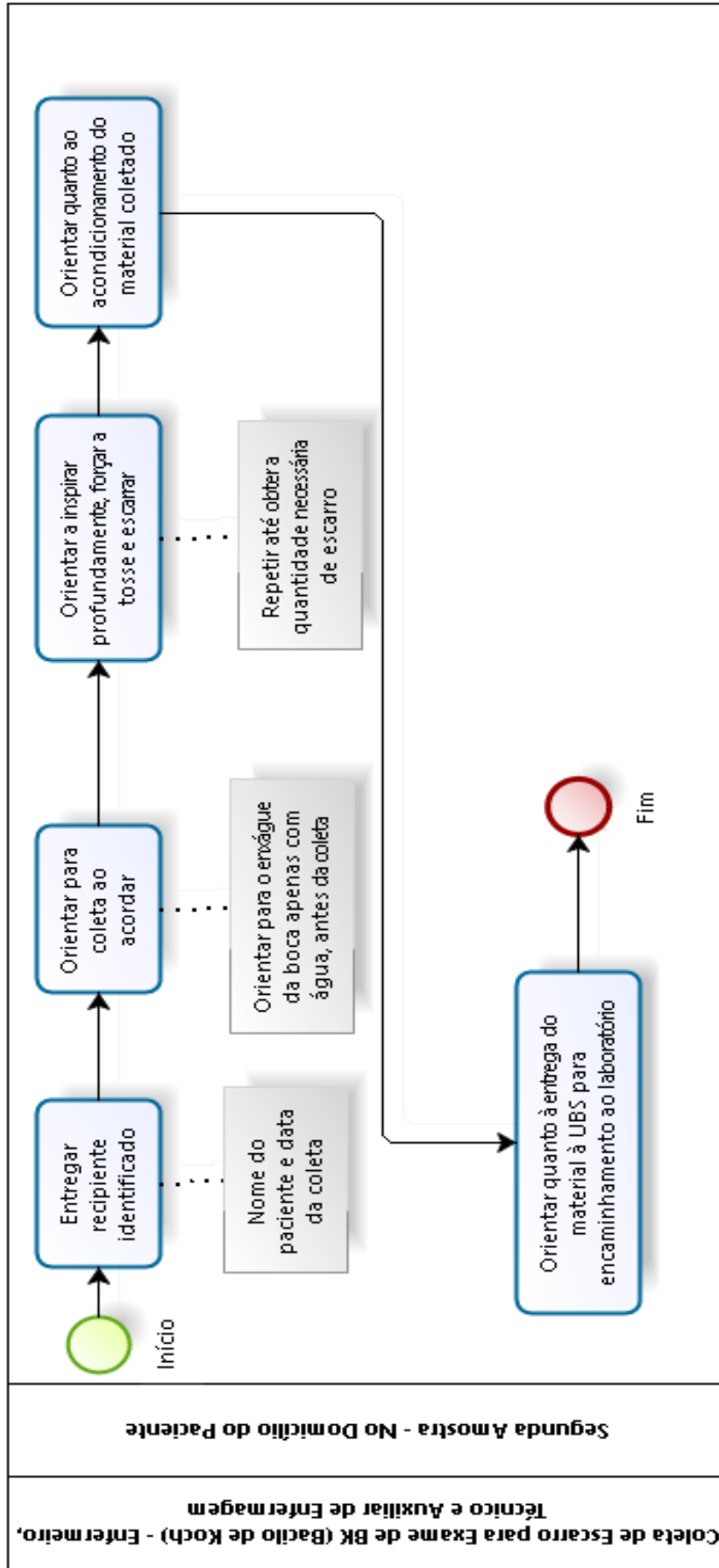
DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem. Brasília**, 2013. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Recomendações para o Controle de Tuberculose no Brasil**. Brasília-DF, 2011.



10. Fluxogramas





Procedimento Operacional Padrão

5.9 Coleta de Urina para Urocultura ou Análise Bioquímica

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar o procedimento para coleta de urina para urocultura ou análise bioquímica.

2. Finalidade do Procedimento

Obter amostra de urina para realização análises laboratoriais para auxílio diagnóstico.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos, residência

5. Responsáveis

Enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem

6. Materiais

- Bandeja ou cuba rim;
- Etiqueta para identificação da amostra coletada;
- Luvas de procedimento;
- Bolas de algodão;
- Solução antisséptica;
- Seringa de 20 ml e agulha 30X7 mm;
- Frasco para o condicionamento da amostra devidamente identificado.

7. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Reunir o material necessário em uma bandeja;
- c) Identificar o frasco;
- d) Conferir o nome do paciente;



- e) Explicar ao paciente e ao acompanhante o procedimento;
- f) Manter privacidade do paciente;
- g) Calçar as luvas de procedimento;
- h) Orientar o paciente para realização da higiene íntima e em casos que ele for dependente, realiza-la;
- i) Desprezar o primeiro jato de urina;
- j) Coletar urina diretamente em frasco coletor apropriado;
- k) Recolher o material utilizado;
- l) Retirar as luvas de procedimento;
- m) Realizar as anotações no prontuário;
- n) Enviar o material ao laboratório.

7.1 Paciente com Sonda Vesical de Demora

- Realizar as ações de a - g;
- Clampear a extensão da bolsa coletora pouco abaixo do local apropriado para punção por um período de até 30 minutos;
- Realizar a desinfecção com solução antisséptica no dispositivo apropriado para a coleta da urina;
- Introduzir a agulha de 30x7 mm acoplada a seringa no dispositivo, aspirar com seringa;
- Realizar as ações de j à n.

8. Observações

- A coleta de urina deve seguir técnica asséptica rigorosa, evitando contaminação da urina com a microbiota da genitália;
- O ideal é a coleta da primeira urina da manhã e, se isto não for possível, realizar a coleta no mínimo 2 a 3 horas após a última micção;
- Para a coleta de urina para análise bioquímica, o frasco do laboratório não precisa ser estéril;
- Em crianças, recomenda-se o uso de saco coletor após higienização da genitália pelo tempo máximo de 30 minutos, caso a criança não urine, repetir a higienização e colocar novo saco coletor.

9. Referências

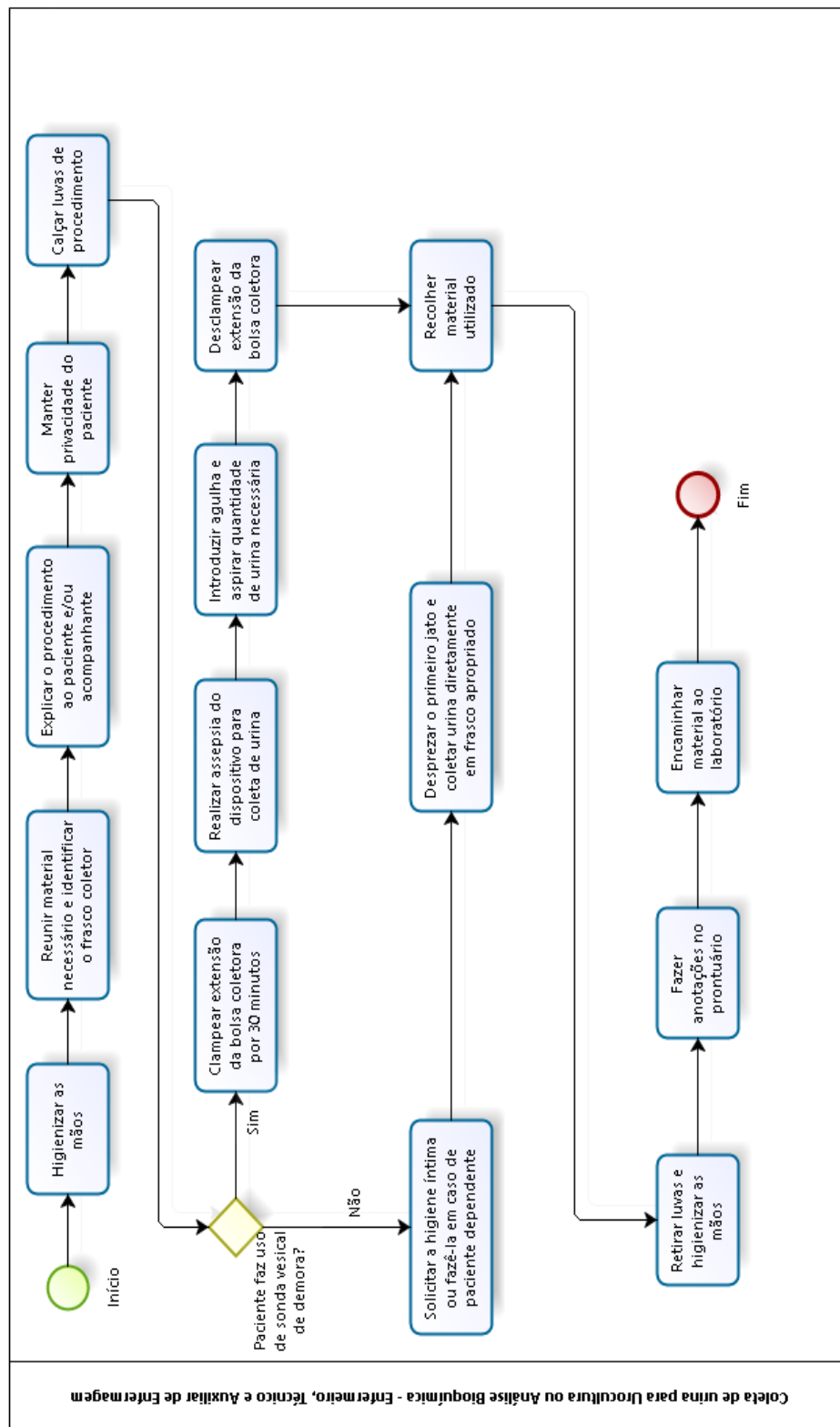
CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. **Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem**. Florianópolis: Ed. Cidade Futura, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.



10. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão**5.10 Aplicação do Teste de *Short Physical Performance Battery* (SPBB) - Versão Brasileira****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar a avaliação da capacidade física-funcional do idoso, na qual o SPBB avalia o equilíbrio, a força de membros inferiores (MMII) e a velocidade de marcha. A avaliação da capacidade física do idoso permite inferir o risco de quedas, e possíveis dificuldades nas atividades de vida diária (AVD), sendo de grande importância a intervenção precoce e o trabalho de prevenção nessa população.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsável

Enfermeiro



4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Descrição da Técnica (Teste)

1. TESTES DE EQUILÍBRIO

A. POSIÇÃO EM PÉ COM OS PÉS JUNTOS



Instrução para o Avaliador	Instrução para o Paciente
O paciente deve conseguir ficar em pé se, utilizar bengala ou andador. Ele pode ser ajudado a levantar-se para ficar na posição ortostática.	<ol style="list-style-type: none"> Agora vamos começar a avaliação Eu gostaria que o (a) tentasse realizar vários movimentos com o corpo. Primeiro eu demonstro e explico como fazer cada movimento. Depois o (a) tenta fazer o mesmo. Se o (a) Sr. (a) fazer algum movimento, ou sentir-se inseguro para realizá-lo avise-me e passaremos para o próximo teste. Vamos deixar bem claro que o (a) não tentará fazer qualquer movimento se não se sentir seguro. O (a) Sr. (a) tem alguma pergunta antes de começarmos?
	Agora eu vou mostrar o 1º movimento. Depois o (a) Sr. (a) fará o mesmo.
1. Demonstre	<ol style="list-style-type: none"> Agora, fique em pé, com os pés juntos, um encostado no outro, por 10 segundos. Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou balançar o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés Tente ficar nesta posição até eu falar “pronto”.



2. Fique perto do paciente para ajudá-lo/a a ficar em pé com os pés juntos.	
3. Caso seja necessário, segure o braço do paciente para ficar na posição e evitar que ele perca o equilíbrio.	
4. Assim que o paciente estiver com os pés juntos, pergunte:	“ O (a) Sr. (a) está pronto (a) ”
5. Retire o apoio, se for necessário ajudar o paciente a ficar em pé na posição, e diga:	“ Preparar, já” (disparando o cronômetro).
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o paciente sair da posição ou segurar o seu braço, dizendo;	“ Pronto acabou”
7. Se o paciente não conseguir se manter na posição por 10 segundos, marque o resultado e prossiga para o teste de velocidade de marcha.	
A. PONTUAÇÃO	<p>Manteve por 10 segundos <input type="checkbox"/> 1 ponto</p> <p>Não manteve por 10 segundos <input type="checkbox"/> 0 ponto</p> <p>Não tentou <input type="checkbox"/> 0 ponto</p> <p>Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no quadro 1</p> <p>Tempo de execução quando for menor que 10 segundos _____ segundos.</p>

B. POSIÇÃO EM PÉ COM UM PÉ PARCIALMENTE À FRENTE



Instrução para o Avaliador

Instrução para o Paciente

Agora eu vou mostrar o 2º movimento. Depois o (a) Sr. (a) fará o mesmo.

1 Demonstre

- Eu gostaria que o (a) Sr. (a) colocasse um dos pés um pouco mais à frente do outro pé, até ficar com o calcanhar de um pé encostado ao lado do dedão do outro pé.
- Fique nesta posição por 10 segundos.
- O (a) Sr. (a) pode colocar tanto um pé quanto o outro na frente, o que for mais confortável.
- O (a) Sr. (a) pode usar os braços, dobrar os joelhos ou o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés.
- Tente ficar nesta posição até eu falar “pronto”.

- Fique perto do paciente para ajudá-lo (a) a ficar em pé com um pé parcialmente à frente
- Caso seja necessário, segure o braço do paciente para ficar na posição e evitar que ele perca o equilíbrio.



4	Assim que o paciente estiver na posição, com o pé parcialmente à frente, pergunte:	“O (a) Sr. (a) está pronto (a)”	
5	Retire o apoio, caso tenha sido necessário ajudar o paciente a ficar em pé na posição, e diga:	“Preparar, já” (disparando o cronômetro)	
6	Pare o cronômetro depois de 10 minutos, ou quando o paciente sair da posição ou segurar o seu braço, dizendo:	“Pronto, acabou”	
7	Se o paciente não conseguir se manter na posição por 10 segundos, marque o resultado e prossiga para o Teste de velocidade de marcha.		
B. PONTUAÇÃO		Manteve por 10 segundos <input type="checkbox"/> 1 ponto Não manteve por 10 segundos <input type="checkbox"/> 0 ponto Não tentou <input type="checkbox"/> 0 ponto	
		Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo. Tempo de execução quando for menor que 10 segundos _____ segundos.	

**Instrução para o Avaliador****Instrução para o Paciente**

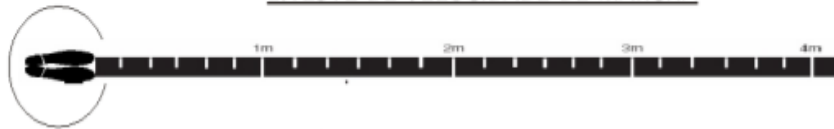
		Agora eu vou mostrar o 3º movimento. Depois o (a) Sr. (a) fará o mesmo.
1.	Demonstre	a. Eu gostaria que o (a) Sr. (a) colocasse um dos pés à frente do outro até ficar com o calcanhar deste pé encostado nos dedos do outro pé. b. Fique nesta posição por 10 segundos. c. O (a) Sr. (a) pode colocar qualquer um dos pés na frente, o que for mais confortável. d. Pode usar os braços, dobrar os joelhos, ou o corpo para manter o equilíbrio, mas procure não mexer os pés. e. Tente ficar nesta posição até eu avisar quando parar.
2.	Fique perto do paciente para ajudá-lo (a) a ficar na posição em pé com um pé à frente.	
3.	Caso seja necessário, segure o braço do paciente para ficar na posição e evitar que ele perca o equilíbrio.	



4. Assim que o paciente estiver na posição com os pés um na frente do outro, pergunte:	“O (a) Sr. (a) está pronto (a)?”
5. Retire o apoio, caso tenha sido necessário ajudar o paciente a ficar em pé na posição e diga:	“Preparar, já” (Disparando o cronômetro)
6. Pare o cronômetro depois de 10 segundos, ou quando o paciente sair da posição ou segurar o seu braço, dizendo:	“ Pronto, acabou”
C. PONTUAÇÃO	<p>Manteve por 10 segundos <input type="checkbox"/> 2 pontos Manteve por 3 a 9,99 segundos <input type="checkbox"/> 1 ponto Manteve por menos de 3 segundos <input type="checkbox"/> 0 ponto Não tentou <input type="checkbox"/> 0 ponto</p> <p>Se pontuar 0, encerre os Testes de Equilíbrio e marque o motivo no quadro 1</p> <p>PONTUAÇÃO TOTAL NOS TESTES DE EUILÍBRIO _____ Soma todos os pontos</p>

Fazer marcação no chão – inicial e final de 3 m

2. TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA



Instrução para o Avaliador

Material: fita crepe, fita métrica e cronômetro

Instrução para o Paciente

Agora eu vou observar o (a) Sr. (a) andando normalmente. Se precisar de bengala ou andador para caminhar pode utilizá-los.



A. PRIMEIRA TENTATIVA

1.	Demonstre a caminhada para o paciente	Eu caminharei e só depois o (a) Sr. (a) irá caminhar da marca inicial até ultrapassar completamente a marca final, no seu passo de costume , como se estivesse andando na rua para ir a uma loja.
2.	Posicione o paciente em pé com a ponta dos pés tocando a marca inicial.	a. Caminhe até ultrapassar completamente a marca final e depois pare. b. Eu andarei com o (a) Sr. (a, sente-se seguro para fazer isto?
3.	Dispare o cronometro assim que o paciente tirar o pé do chão.	a. Quando eu disser “Já”, o (a) Sr. (a) começa a andar
4.	Caminhe al lado e logo atrás do participante.	b. “Entendeu?” Assim que o paciente disser que sim diga “Então, prepara, já”
5.	Quando um dos pés do paciente ultrapassar completamente a marca final, pare de marcar o tempo.	

Tempo da Primeira Tentativa

- A. Tempo para 3 m _____ segundos
- B. Se o paciente não realizou o teste ou falou, marque o motivo:
1. Tentou, mas não conseguiu.
 2. O paciente não consegue caminhar sem a ajuda de outra pessoa.
 3. Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
 4. Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
 5. O paciente não conseguiu entender as instruções.
 6. Outros (Especifique) _____
 7. O paciente recusou participação.
 - 8.
- C. Apoios para a primeira caminhada:
() Nenhum () Bengala () Outro
- D. Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada pontue:
() 0 ponto e prossiga para o Teste de levantar da cadeira.

B. SEGUNDA TENTATIVA DO TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA

	Instrução para o avaliador	Instruções para o paciente.
1	Posicione o paciente em pé com a ponta dos pés a marca inicial	
2	Dispare o cronômetro assim que o paciente tirar o pé do chão	
3	Caminhe al lado e logo atrás do paciente.	
4	Quando um dos pés do paciente ultrapassar completamente a marca final pare de marcar o tempo.	



Tempo da Segunda Medida

- A. Tempo para 3 metros _____ segundo.
- B. Se o paciente não realizou o teste ou falou, marque o motivo.
1. Tentou, mas não conseguiu.
 2. O paciente não consegue caminhar sem ajuda de outra pessoa.
 3. Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
 4. Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro
 5. O paciente não conseguiu entender as instruções
 6. Outros (Especifique): _____
- C. Apoios para a primeira caminhada:
Nenhum Bengala Outro
- D. Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada pontue:
0 pontos e pontue para o Teste de levantar da cadeira.

PONTUAÇÃO DO TESTE DE VELOCIDADE DE MARCHA

Qual foi o tempo mais rápido dentre as duas caminhadas?

Marque o menor dos dois tempos e utilize para pontuar: _____ segundos.

Se somente uma caminhada foi realizada, marque o tempo: _____ segundos.

Se o paciente não conseguiu realizar a caminhada, marque 0 pontos.

PONTUAÇÃO PARA CAMINHADA DE 3 METROS:

- | | | |
|--|--------------------------|----------|
| Se o tempo for maior que 6,52 segundos | <input type="checkbox"/> | 1 ponto |
| Se o tempo for de 4,66 a 6,52 segundos | <input type="checkbox"/> | 2 pontos |
| Se o tempo for 3,62 a 4,65 segundos | <input type="checkbox"/> | 3 pontos |
| Se o tempo for menor que 3,62 segundos | <input type="checkbox"/> | 4 pontos |

3. TESTE DE LEVANTAR-SE DA CADEIRA**Instrução para o Avaliador****Instrução para o Paciente**

Material: cadeira com encosto reto, sem apoio lateral, com aproximadamente 45 cm de altura e cronômetro. A cadeira deve estar encostada à parede ou estabilizada de alguma forma para



impedir que se mova durante o teste.

PRÉ-TESTE: LEVANTAR-SE DA CADEIRA UMA VEZ

1. Certifique-se de que o participante esteja sentado ocupando a maior parte do assento, mas com os pés bem apoiados no chão. Não precisa necessariamente encostar a coluna no encosto da cadeira, isso vai depender da altura do paciente.

Vamos fazer o último teste. Ele mede a força das suas pernas. O (a) Sr. (a) se sente seguro para levantar-se da cadeira sem ajuda dos braços?

2. Demonstre e explique os procedimentos.

Eu vou demonstrar primeiro. Depois o (a) Sr. (a) fará o mesmo.

- Primeiro, cruze os braços sobre o peito e sente-se com os pés no chão.
- Depois levante-se completamente mantendo os braços cruzados sobre o peito e sem tirar os pés do chão.

3. Anote o resultado

Agora, por favor, levante-se completamente mantendo os braços cruzados sobre o peito.

4. Se o paciente não conseguir levantar-se sem usar os braços, não realize o teste, apenas diga: “ tudo bem, este é o fim dos testes”.

5. Finalize e registre o resultado e prossiga para a pontuação completa da SPPB.

RESULTADO DO PRÉ-TESTE: LEVANTAR DA CADEIRA UMA VEZ

A. Levantou-se sem usar os braços e com segurança?

SIM NÃO

✓ O paciente levantou-se sem usar os braços

Vá para o teste levar-se da cadeira 5 vezes.

✓ O paciente utilizou os braços para levantar-se?

Encerre o teste e **pontue 0**

✓ Teste não completado ou não realizado

Encerre o teste e **pontue 0**

B. Se o paciente não realizou o teste ou falhou, marque o motivo.

- Tentou, mas não conseguiu.
- O paciente não consegue levantar-se da cadeira sem ajuda
- Não tentou, o avaliador julgou inseguro.
- Não tentou, o paciente sentiu-se inseguro.
- O paciente não conseguiu entender as instruções.
- Outros (Especifique): _____
- O paciente recusou participação.

TESTE LEVANTAR-SE DA CADEIRA 5 VEZES

Instrução para o Avaliador

Instrução para o Paciente

Agora o (a) Sr. (a) se sente seguro para levantar-se da cadeira completamente cinco vezes, com os pés bem apoiados no chão e sem usar os braços?

1 Demonstre e explique os procedimentos

Eu vou demonstrar primeiro. Depois o (a) fará o mesmo.

- Por favor, levante-se completamente o mais rápido



		<p>possível cinco vezes seguidas, sem parar entre as repetições.</p> <p>b. Cada vez que se levantar, sente-se e levante-se novamente, mantendo os braços cruzados sobre o peito.</p> <p>c. Eu vou marcar o tempo com um cronômetro.</p>	
2	Quando o paciente estiver sendo, adequadamente, avise que vai disparar o cronômetro, dizendo:	“Preparar, já”	
3	Conte em voz alta cada vez que o paciente se levantar, até a quinta vez.		
4	Pare se o paciente ficar cansado ou com a respiração ofegante durante o teste.		
5	Pare o cronômetro quando o paciente se levantar completamente pela quinta vez.		
6	Também pare:		
✓	Se o paciente usar os braços		
✓	Após um minuto, se o paciente não completar o teste.		
✓	Quando achar que é necessário para a segurança do paciente.		
7	Se o paciente parar e parecer cansado antes de completar.		
8	Se o paciente disser “Sim”, continue marcando o tempo. Se o participante disser “Não”, pare e zere o cronômetro.		

PONTUAÇÃO DO TESTE DE LEVANTAR E SENTAR DA CADEIRA

O participante não conseguiu levantar-se as 5 vezes ou completou o teste em tempo maior que 60 seg	<input type="checkbox"/>	0 ponto
Se o tempo do teste for 16,70 segundos ou mais	<input type="checkbox"/>	1 ponto
Se o tempo do teste for de 13,70 a 16,69 segundos	<input type="checkbox"/>	2 pontos
Se o tempo do teste for de 11,20 a 13,69 segundos	<input type="checkbox"/>	3 pontos
Se o tempo do teste for de 11,19 segundos ou menos	<input type="checkbox"/>	4 pontos

PONTUAÇÃO COMPLETA SPPB

- Pontuação total do teste de equilíbrio _____ pontos
- Pontuação do teste de velocidade de marcha _____ pontos
- Pontuação do teste de levantar da cadeira _____ pontos
- Pontuação Total _____ pontos (some os pontos acima)

INTERPRETAÇÃO FINAL DO SPBB

O escore total do SPBB é obtido da somatória entre os resultados dos testes de Equilíbrio, Velocidade de Marcha e Força de MMIL.

- 0 – 3 pontos: incapacidade ou desempenho **MUITO RUIM**
- 4 – 6 pontos: Baixo Desempenho
- 7 – 9 pontos: Moderado Desempenho
- 10 – 12 pontos: Bom Desempenho

6. Recomendações/Observações

- Resultado Teste de Equilíbrio: fazer a somatória de A. posição em pé com os pés juntos + B. posição em pé com um pé parcialmente a frente + C. posição em pé com um pé a frente.
- Resultado Teste Velocidade Marcha: considerar o menor valor das duas tentativas.



- c) Resultado Teste Levantar e sentar da cadeira: iniciar com o pré-teste, passar para o teste somente se o paciente conseguir fazer o pré-teste.
- d) **PONTUAÇÃO FINAL DO SPBB:** somatória do Teste de Equilíbrio + Teste de Velocidade de marcha + Teste de Levantar e sentar.
- e) Este instrumento deve ser aplicado na avaliação de toda pessoa idosa no âmbito da atenção primária do DF.

7. Referências

MELLO, MJC. **Análise da bateria de testes “Short Physical Performance Battery” de acordo com a classificação de fragilidade em idosos da comunidade – Estudo FIBRA.** Dissertação Mestrado Gerontologia – UNICAMP, Campinas, 2015.

SILVA, TO; FREITAS, RS; MONTEIRO, MR; BORGES, SM. **Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade.** Rev. Bras. Clin. Med. São Paulo, 2010 set-out;8(5):392-8.

NAKANO, MM. **VERSÃO BRASILEIRA DA SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY – SPPB: ADAPTAÇÃO CULTURAL E ESTUDO DA CONFIABILIDADE.** Tese Mestrado, Faculdade de Educação, UNICAMP, Campinas 2007.

Procedimento Operacional Padrão

5.11 Prova do Laço

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de realização da prova do laço.

2. Finalidade do Procedimento

Auxiliar no diagnóstico de pacientes com suspeitas de dengue.

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

- Luvas de procedimento;
- Manguito;
- Régua ou fita métrica.

7. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Reunir material que será utilizado;
- c) Explicar o procedimento ao paciente;
- d) Colocar o paciente sentado, apoiando o braço que será realizada a prova sobre uma base;
- e) Posicionar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
- f) Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS + PAD) / 2$; por exemplo, PA de 100 x 60 mmHg, então $100 + 60 = 160$, $160/2 = 80$; então, a média da pressão arterial é de 80 mmHg;
- g) Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos nos adultos e três minutos em crianças;
- h) Desinsuflar o ar do manguito e desenhar um quadrado com 2,5 cm no local de maior concentração de petéquias (utilizar régua ou fita métrica);
- i) Contar o número de petéquias no quadrado. A prova do laço será positiva se houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças. Atentar para o surgimento de possíveis petéquias em todo o braço, antebraço, dorso das mãos e nos dedos;
- j) Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
- k) Encaminhar paciente com o resultado da prova para avaliação médica.

8. Recomendações/Observações

- a) A prova do laço deve ser realizada no acolhimento, obrigatoriamente, em todo paciente com suspeita de dengue que não apresente sinal de alarme e/ou choque e nem apresente sangramento espontâneo.
- b) A prova do laço deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa.
- c) Se a prova do laço se apresentar positiva antes do tempo preconizado para adultos e crianças, ela pode ser interrompida.
- d) A prova do laço, frequentemente, pode ser negativa em pessoas obesas e durante o choque.
- e) A prova do laço pode ser realizada por todos os profissionais de enfermagem desde que capacitados, orientados e supervisionados pelo enfermeiro, entretanto, a interpretação do teste deve ser feita pelo enfermeiro.



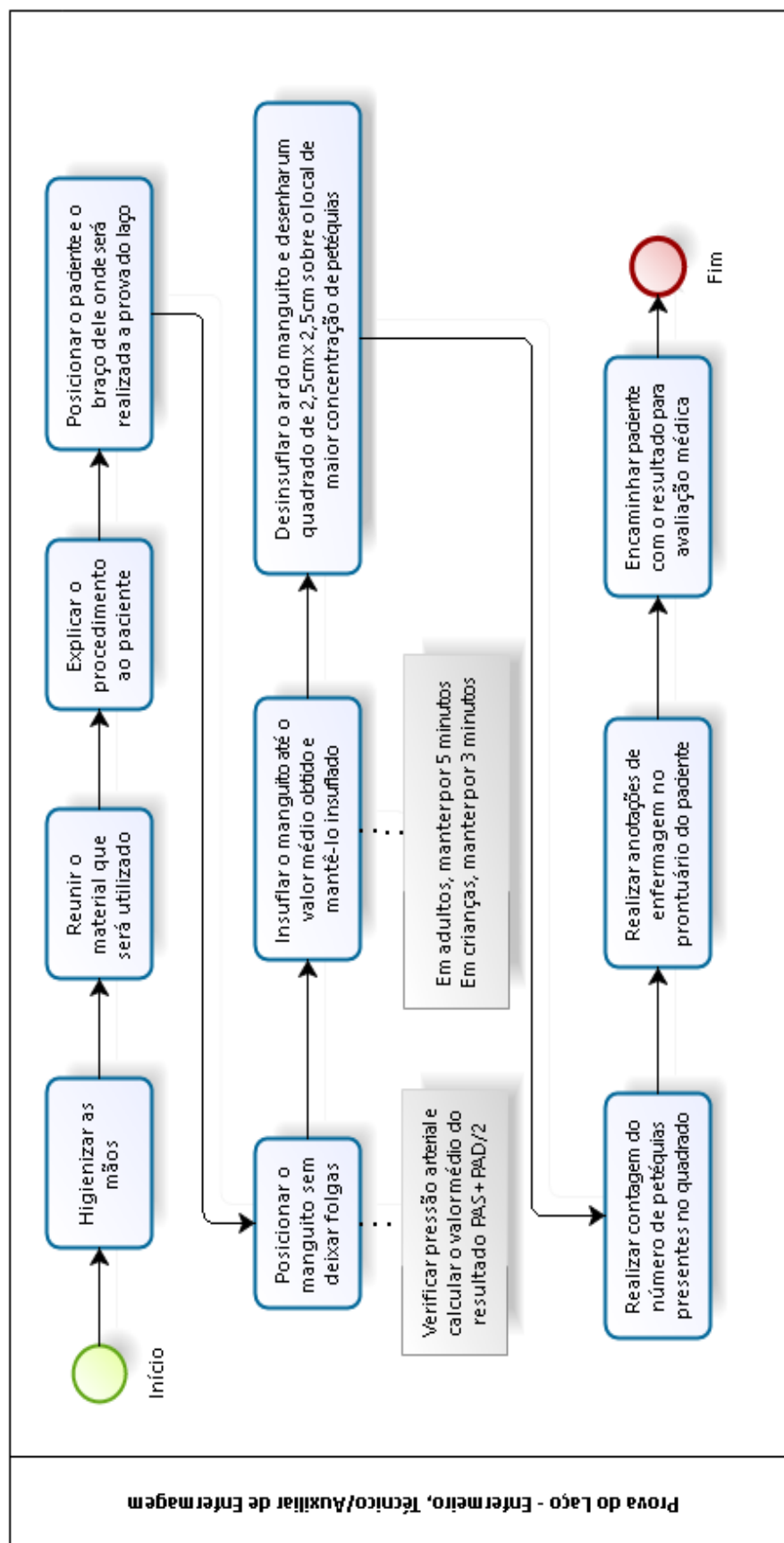
9. Referências

Brasil. Ministério da Saúde. **Dengue: manual de enfermagem / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde.** – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 64 p.: il.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP 013/2014:** Realização da prova do laço por técnicos ou auxiliares de enfermagem. São Paulo, 2014.



10. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão

6.1 Rotinas de Atividades da Sala de Procedimentos

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar e melhorar o processo de trabalho na Sala de Procedimentos.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos (curativos, retirada de pontos, sondagens, outros)

5. Atribuições do Enfermeiro

- Realizar supervisão da equipe de enfermagem;
- Avaliar o tipo de procedimento e planejar o plano de cuidado ao paciente;
- Realizar procedimentos privativos;
- Realizar a evolução no prontuário do paciente;
- Lançar os procedimentos nos registros de faturamento e/ou relatório de produção;
- Agendar retorno para avaliação da evolução do tratamento e/ou procedimento.

6. Atribuições do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Realizar a limpeza concorrente de móveis, utensílios e superfícies com solução adequada no início de cada plantão;
- Verificar a data de validade do material de consumo;
- Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
- Solicitar avaliação do enfermeiro em casos de dúvidas ou identificação de alterações;
- Encaminhar o material utilizado ao expurgo ao término do procedimento, retirar todo o material perfuro cortante e desprezar em recipiente próprio;
- Realizar a evolução no prontuário;
- Lançar os procedimentos nos registros de faturamento e/ou relatório de produção;
- Realizar a desinfecção no mobiliário a cada troca de paciente;
- Solicitar no final do período ao profissional da higiene a limpeza e desinfecção da sala;



- Providenciar ao final do procedimento o destino adequado do material utilizado conforme POP de Central de Material Esterilizado (CME).

7. Recomendações/Observações

- a) Após a realização de curativos contaminados solicitar ao profissional da higiene que realize limpeza terminal.
- b) A rotina da unidade deverá priorizar os procedimentos que exijam técnica asséptica para o início do período de funcionamento da sala.
- c) O material contaminado deverá ser encaminhado para o expurgo e submerso em solução e recipiente adequado conforme a rotina do setor e POP CME.
- d) A limpeza terminal da sala de curativo pela equipe de higiene deverá ser realizada minimamente uma (01) vez por semana.
- e) Uso obrigatório de equipamentos de proteção individual em todos os procedimentos.

8. Referências

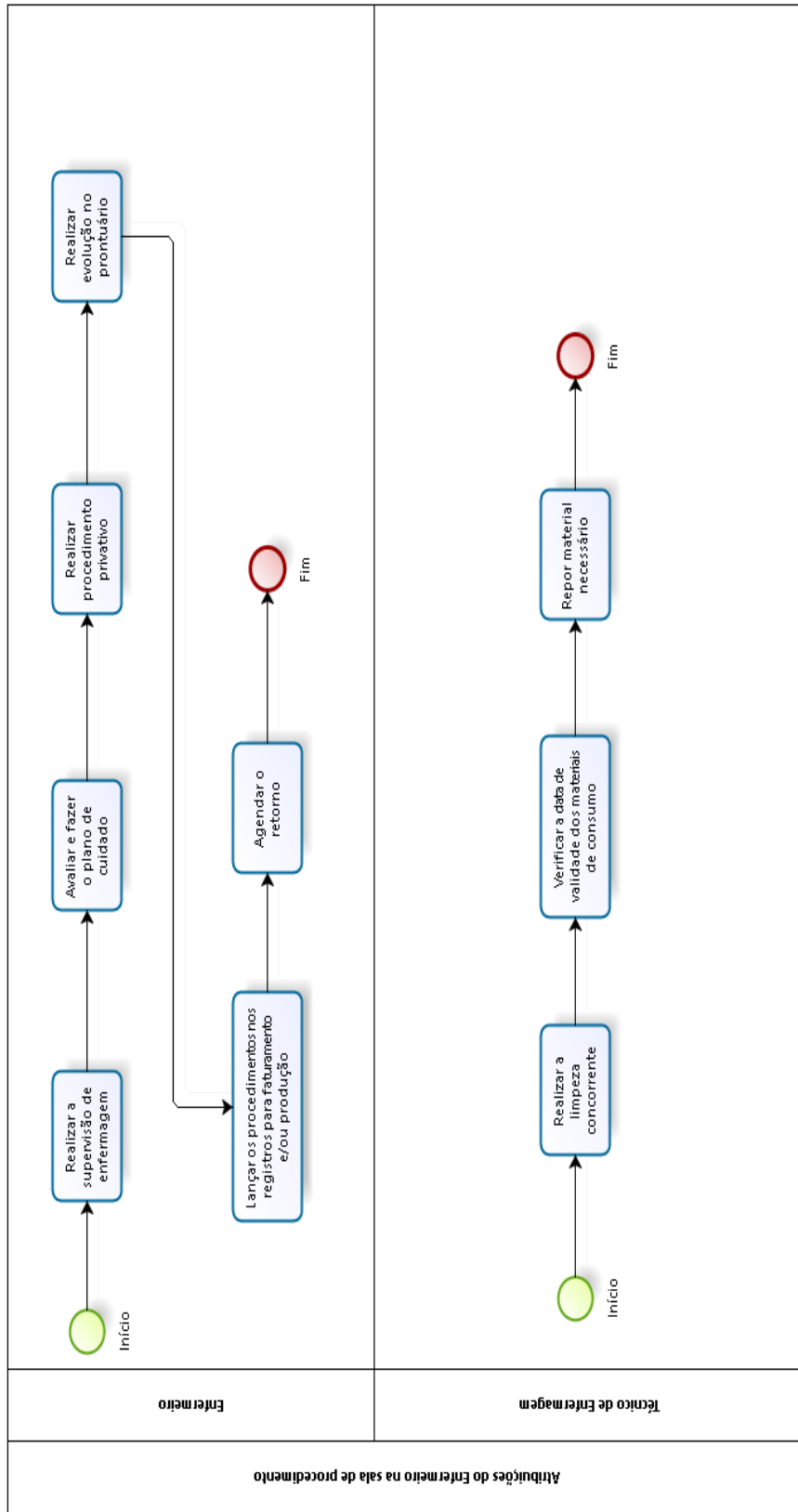
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. Vol. II. 8^o ed.: Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2013.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA. **Manual do curativo**. Disponível em: <http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih_manual_de_curativos.pdf> Acesso em: 28/03/2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.



9. Fluxograma





Procedimento Operacional Padrão

6.2 Retirada de Pontos

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar o processo de trabalho para retirada de pontos de cirurgias básicas.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos

5. Atribuições do Enfermeiro

- 1- Realizar supervisão da equipe de enfermagem;
- 2- Avaliar a ferida operatória sempre que necessário;
- 3- Realizar e/ou delegar a retirada de pontos.

6. Atribuições do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- 4- Repor materiais necessários, conforme a rotina da unidade;
- 5- Encaminhar o paciente para cadastro do cartão SES-DF e SUS caso seja necessário;
- 6- Solicitar avaliação prévia do enfermeiro em situações de dúvida ou intercorrências.

7. Materiais

- 7- Pacote de retirada de pontos ou curativo;
- 8- Pacote de gazes;
- 9- Luvas de procedimento;
- 10- Soro fisiológico 0,9%;
- 11- Lâmina de bisturi (se necessário).

8. Descrição do Procedimento

- a) Reunir o material;
- b) Higienizar as mãos;
- c) Explicar o procedimento ao paciente;
- d) Promover a privacidade do paciente;



- e) Abrir o pacote de curativo ou retirada de pontos;
- f) Calçar luvas de procedimento;
- g) Expor a região da retirada dos pontos;
- h) Solicitar avaliação do enfermeiro caso a incisão apresente sinais de complicações;
- i) Umedecer a gaze com SF 0,9% ou solução antisséptica disponível promovendo a antissepsia da área menos contaminada para a mais contaminada;
- j) Verificar a cicatrização tecidual, presença de secreção e deiscência;
- k) Tracionar o ponto pelo nó e cortá-lo, com a tesoura ou bisturi, em um dos lados junto ao nó;
- l) Realizar retirada dos pontos alternadamente;
- m) Proceder a retirada total no caso de não haver alterações;
- n) Observar se todos os pontos saíram por inteiro;
- o) Colocar os pontos retirados sobre uma gaze para conferência;
- p) Realizar a antissepsia da incisão da área menos contaminada para a mais contaminada;
- q) Aplicar cobertura adequada caso necessidade;
- r) Encaminhar material utilizado ao expurgo;
- s) Retirar luvas de procedimento;
- t) Higienizar as mãos;
- u) Checar o procedimento e registrar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente;
- v) Repor o material e insumos utilizados.

9. Recomendações/Observações

- a) Caso apresente sangramento, realizar compressão e solicitar avaliação do enfermeiro ou médico.
- b) Em situações de pontos infectados, deverá ser realizada a limpeza terminal.
- c) Fazer o registro de atividade nos boletins de produção.

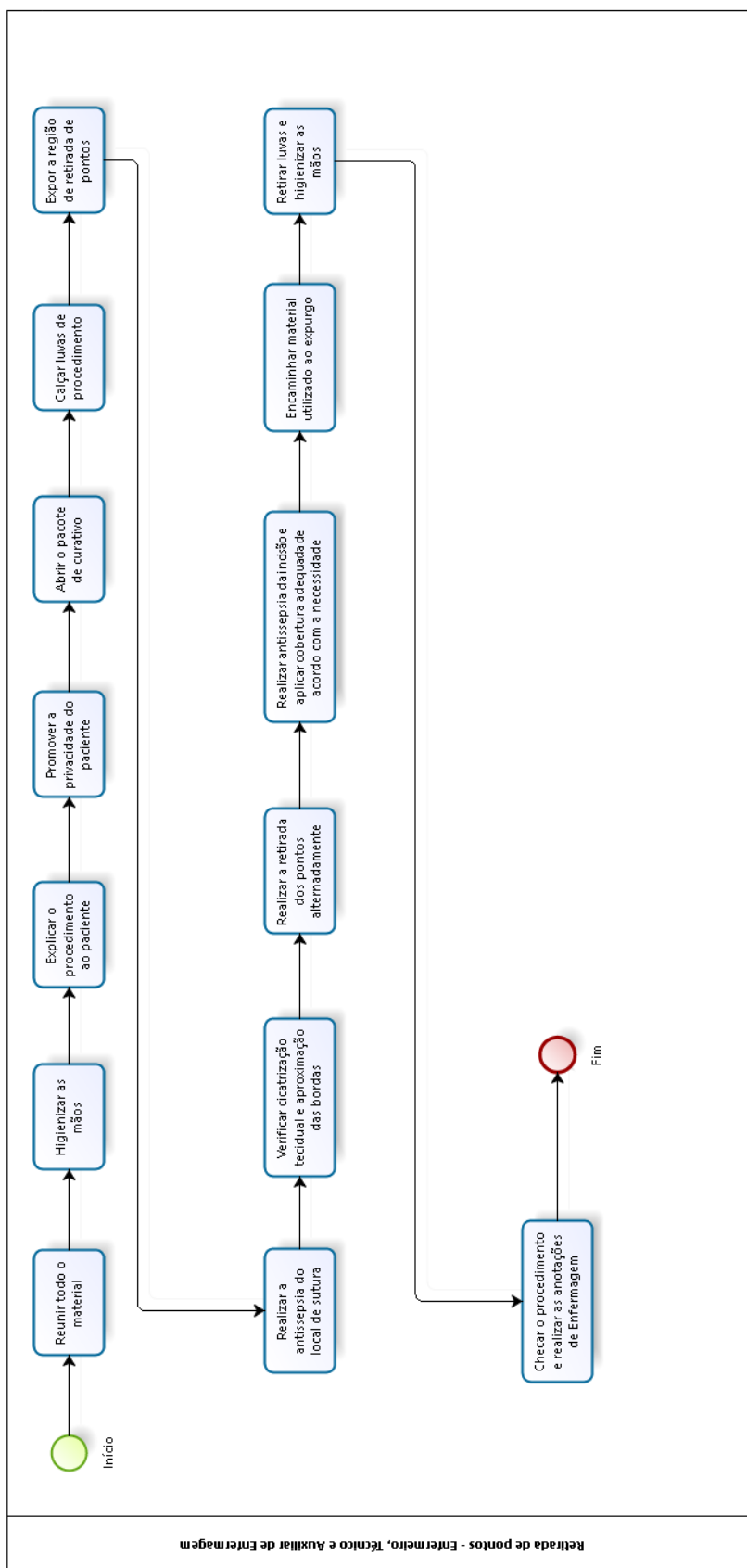
10. Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. Vol. II. 8^o ed.: Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2013.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA. **Manual do curativo**. Disponível em: <http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih_manual_de_curativos.pdf> Acesso em: 28/03/2017.



11. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão

6.3 Realização de Curativo

Área (s): COAPS/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.

- **Objetivo**

Padronizar e melhorar o processo de realização de curativo nos pacientes.

- **Responsáveis**

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

- **Local de Aplicação**

Sala de procedimentos

- **Materiais Básicos (a depender do tipo de lesão)**

- Atadura de crepom;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Solução de limpeza antisséptica;
- Coberturas;
- Gazes estéril;
- Pacote de curativo;
- Lâmina de bisturi;
- Régua (em cm) ou fita métrica para mensuração da lesão;
- Seringa de 20 ml;
- Agulha 40x12;
- Dispositivo para irrigação e lavagem de cavidades e feridas (ex. sonda de nelaton);
- Equipamentos de proteção individual;
- Espardrapo/fita adesiva microporosa/fita transpore.

- **Descrição do Procedimento**

- a) Identificar o paciente;
- b) Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;
- c) Conferir o número de registro na SES-DF e SUS ou providenciar confecção deste, caso não tenha;
- d) Higienizar as mãos;



- e) Obter informação sobre o tamanho, localização da ferida e condições gerais do paciente portador da lesão (comorbidades, alergias);
- f) Seguir a prescrição para o procedimento de troca de curativo;
- g) Higienizar as mãos;
- h) Reunir e organizar todo o material necessário ao procedimento;
- i) Explicar o procedimento ao paciente;
- j) Colocar equipamento de proteção individual (EPI);
- k) Colocar as luvas de procedimento e remover o curativo anterior com o cuidado de não aumentar a lesão;
- l) Remover cuidadosamente os curativos de gaze, uma camada de cada vez;
- m) Umidificar o curativo com solução fisiológica caso apresentar-se seco sobre o leito da ferida e retirar a cobertura com cuidado;
- n) Observar as características gerais, tais como tamanho e profundidade, tipo de lesão, tipo de tecido presente, presença e características do exsudado, fístulas, áreas 'solapadas" ou cavidades, e, exposição de tecidos adjacentes (músculo, tendões e ossos), avaliação da dor, presença de microrganismos e tempo da ferida;
- o) Dobrar os curativos com drenagem e remover as luvas puxando a parte interna sobre o curativo a ser descartado;
- p) Descartar as luvas e curativos sujos no saco de lixo adequado;
- q) Higienizar as mãos;
- r) Abrir as embalagens de curativo e artigos esterilizados individualmente e colocá-los sobre local de apoio, conforme técnica de abertura de pacotes;
- s) Usar luvas apropriadas (luvas de procedimento com pinças estéreis ou luvas estéreis);
- t) Utilizar solução fisiológica estéril para a irrigação e limpeza da ferida;
- u) Proceder a limpeza da ferida;
- v) Limpar a ferida do local menos contaminado para o mais contaminado;
- w) Se houver mais de uma ferida, iniciar pela menos contaminada;
- x) Nunca abrir e trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo em que estiver trocando a ferida contaminada.

5.1. Curativos de feridas cirúrgicas e/ou

Ferida limpa e fechada: o curativo deve ser realizado com soro fisiológico e mantido fechado nas primeiras 24 horas após a cirurgia, passado este período a incisão deve ser exposta e lavado com água e sabão. Se houver secreção (sangue ou seroma) manter curativo semi-oclusivo na seguinte técnica:

- a) Limpar a incisão principal, utilizando as duas faces das gazes, sem voltar ao início da incisão;



- b) Trocar as gazes e limpar as regiões laterais da incisão cirúrgica após ter feito a limpeza da incisão principal;
- c) Trocar as gazes e secar a incisão cirúrgica;
- d) Ocluir com cobertura indicada.

5.2. Curativos de feridas abertas contaminadas:

Feridas abertas contaminadas e/ou infectadas: apresenta-se com secreção purulenta, tecido necrosado ou desvitalizado. O curativo deve ser mantido limpo e oclusivo, o número de trocas está diretamente relacionado a quantidade de drenagem, devendo ser trocado sempre que houver excesso de exsudato para evitar colonização e maceração das bordas ou conforme prescrição.

- a) Iniciar a limpeza da ferida da parte menos contaminada para a mais contaminada;
- b) Se necessário, remover os tecidos desvitalizados, utilizando debridamento com instrumento de corte (apenas enfermeiros/médicos podem realizar o debridamento mecânico); ou remoção mecânica com gaze embebida em SF 0,9%.

- **Aplicação de solução e/ou oclusão com a cobertura**

- a) Aplicar a solução prescrita e/ou cobertura adequada a cada tipo de lesão;
- b) Fixar o curativo com esparadrapo/fita adesiva microporosa/fita transpore de acordo com a necessidade e disponibilidade;
- c) Nos casos de utilização de ataduras, fazê-lo no sentido da circulação venosa (distal para proximal), com o membro apoiado, tendo o cuidado de não comprimir em demasia;
- d) Identificar o curativo com o tipo de cobertura utilizada, data e nome de quem realizou o procedimento;
- e) Orientar o paciente ou acompanhante quanto aos cuidados com o curativo, sinais/sintomas de complicações e retorno para avaliação;
- f) Reunir materiais que foram utilizados e dar destino adequado a eles, assim como com o lixo e resíduos provenientes do procedimento;
- g) Remover EPI's e dar destino adequado aos mesmos;
- h) Lavar as mãos;
- i) Fazer o registro da atividade no prontuário do paciente e/ou boletins de produção e/ou fichas de evolução de feridas.

- **Recomendações/Observações**

- a) Para lesões muito contaminadas e com presença de sujidades em excesso, estas deverão ser lavadas previamente em local apropriado.
- b) Nunca abrir e trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo em que troca de ferida contaminada.
- c) Se houver mais de uma ferida, iniciar pela de aspecto menos contaminada.



d) Caso apresente alterações, solicitar avaliação do enfermeiro ou médico.

- **Referências**

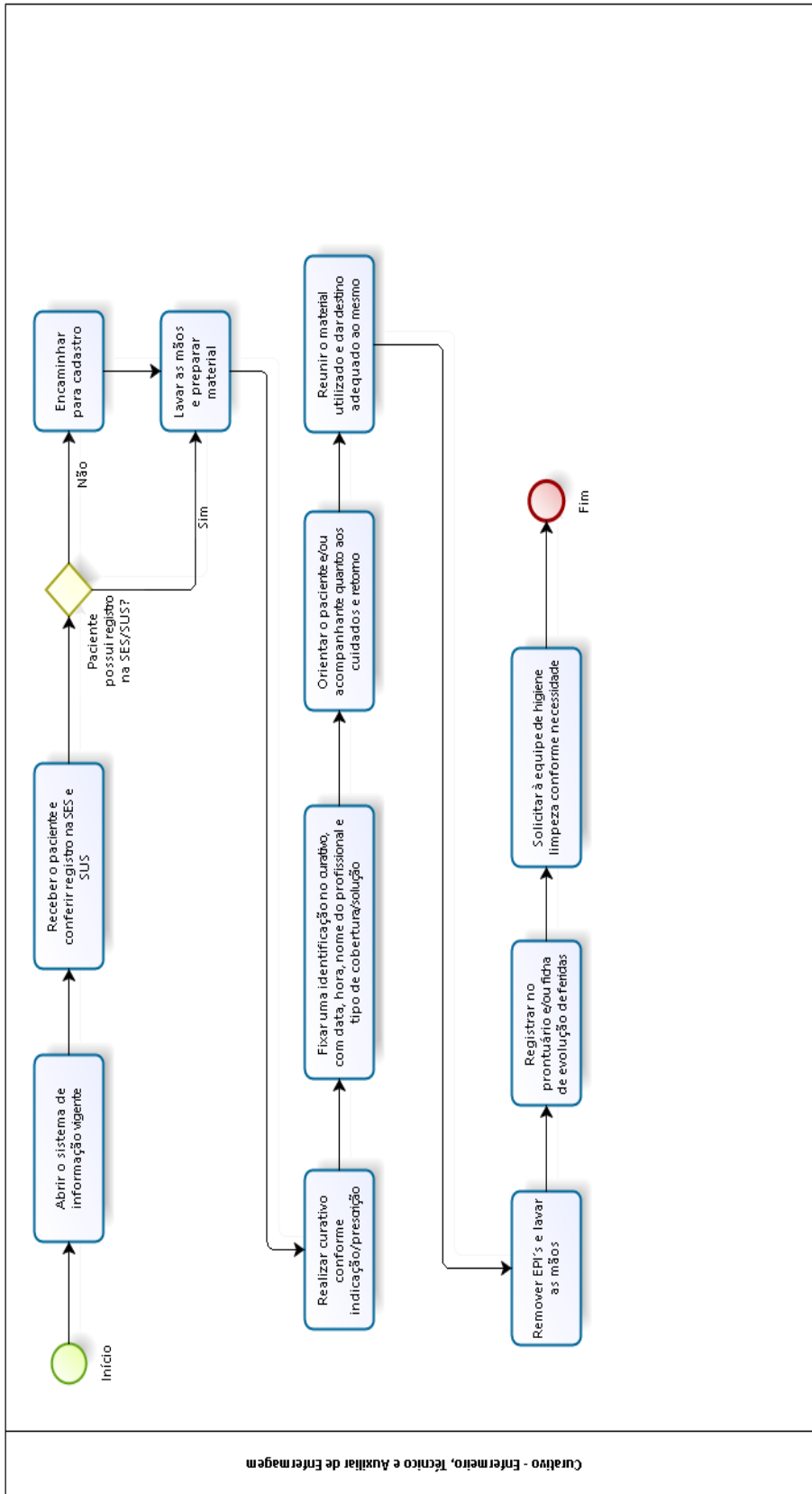
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. Vol. II. 8º ed.: Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2013.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA. **Manual do curativo**. Disponível em: <http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih_manual_de_curativos.pdf> Acesso em: 28/03/2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.



• Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão**6.4 Assistência ao Paciente com Ostomia****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar o procedimento para atendimento ao paciente portador de ostomia.

2. Finalidade do Procedimento

Prevenir lesão de pele e promover higiene e conforto ao paciente com ostomia.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos, residência

5. Responsáveis

Enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem

6. Materiais

- Bandeja ou cuba rim;
- Luvas de procedimento e máscara descartável;
- Gazes não estéreis;
- Água morna (pode ser usado água destilada ou solução fisiológica 0,9% - frasco 250 ml);
- Sabonete ou sabão;
- Comadre ou saco coletor aberto;
- Escala de medição de estoma plástico ou régua;
- Kit bolsa de ostomia (saco coletor, presilha).

7. Descrição do Procedimento de troca de bolsa

- a) Higienizar as mãos;
- b) Reunir o material na bandeja ou cuba rim;
- c) Identificar o paciente;
- d) Explicar o procedimento ao paciente;
- e) Promover a privacidade do paciente;
- f) Colocar máscara e luvas de procedimento;
- g) Posicionar o paciente em decúbito dorsal;



- h) Remover a bolsa coletora, observando o aspecto do material coletado (cor, consistência, quantidade, odor), descolando uma pequena parte do adesivo na parte superior. Ampare a pele com gaze umedecida com água morna e descole suavemente o adesivo e a barreira protetora de cima para baixo;
- i) Descartar o material em lixeira apropriada;
- j) Limpar o estoma e a pele ao redor com gaze umedecida em água morna e sabonete, removendo todas as fezes e resíduos de placa da pele;
- k) Secar toda a área da pele ao redor do estoma;
- l) Aparar os pelos em pele próxima ao estoma utilizando tesoura ou aparelho de tricotomia, se necessário;
- m) Desenhe o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da placa adesiva.
- n) Caso sistema coletor de 1 peça:
 - o) Afastar a parte plástica da bolsa da placa adesiva, evitando o recorte acidental do plástico quando recortar a placa;
 - p) Recortar a placa adesiva de acordo com o desenho do molde;
 - q) Ajustar a placa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou adesivo, se houver;
 - r) A parte drenável da bolsa deve estar voltada para os pés (em pacientes que deambulam) ou voltada para o flanco do mesmo lado do estoma ou em sentido diagonal (em pacientes acamados).
- s) Caso sistema coletor de 2 peças:
 - t) Ajustar a placa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou adesivo, se houver;
 - u) Encaixar a bolsa sobre o flange da placa (encaixe), segurando-a pela pestana com a abertura voltada para os pés (em pacientes que deambulam) ou voltada para o flanco do mesmo lado do estoma ou em sentido diagonal (em pacientes acamados);
 - v) Fazer pressão sobre o aro da bolsa coletora e a flange da placa. No flange flutuante colocar os dedos sob esta e os polegares sobre o aro da bolsa para finalizar o encaixe da bolsa na placa;
 - w) Retirar o papel que protege o adesivo microporoso, se houver;
 - x) Fazer pressão suave sobre a placa adesiva para melhor aderência;
 - y) Fechar a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade desta sobre a haste interna da presilha;
 - z) Recolher o material;
- aa) Retirar luvas de procedimento e máscara;
- bb) Higienizar as mãos.
- cc) Realizar anotações no prontuário.



8. Recomendações/Observações

- a) A higienização ou troca da bolsa é o primeiro procedimento que o paciente portador de estomia aprende como parte de seu autocuidado.
- b) Use sempre a bolsa adequada ao seu tipo de estoma (intestinal ou urológico), de acordo com as orientações e indicações.
- c) O orifício de abertura da bolsa deve ser igual ou no máximo 3 milímetros maior que o estoma.
- d) A bolsa coletora deve ser esvaziada quando estiverem com pelo menos 1/3 ou no máximo, metade da sua capacidade preenchida. É necessário esvaziar constantemente para que ele não pese muito e descole da pele.
- e) A bolsa deve ser protegida com um plástico e fitas adesivas durante o banho. Isto vai garantir maior durabilidade e integridade da pele ao redor do estoma.
- f) Remover o sistema de bolsas se o paciente queixar de queimação ou prurido sob ele, ou se houver drenagem purulenta em volta do estoma.
- g) Reservar o *clamp*/presilha para ser reutilizado após limpeza.
- h) O esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumentam sua durabilidade, o conforto e evita o constrangimento ao paciente.

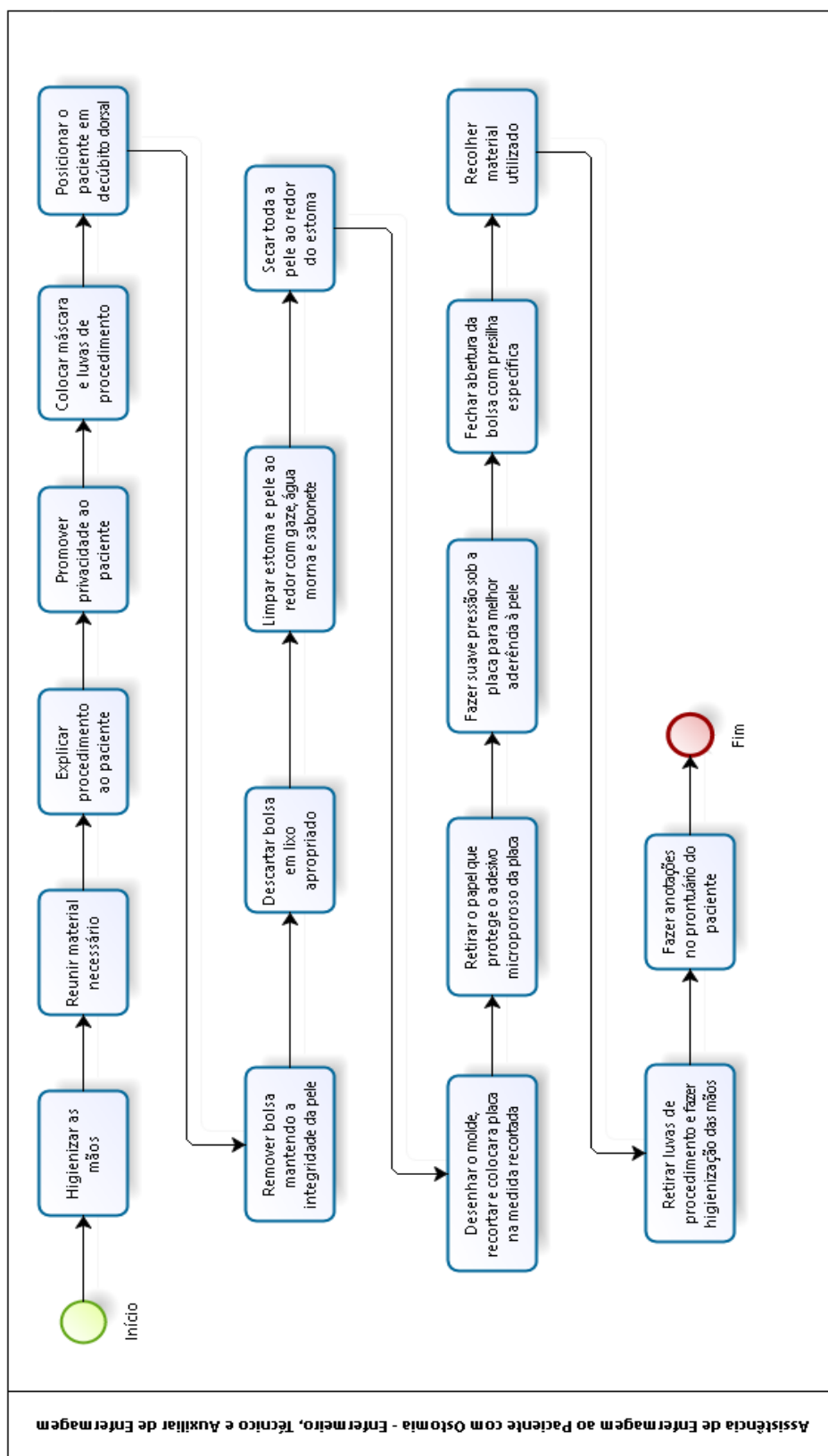
9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Orientações Sobre Ostomias**. Brasília, 2003.

CARMAGNANI M.I.S. et al. **Procedimentos de Enfermagem- guia Prático**. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2009.



10. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão

7.1 Rotina de Atividades da Sala de Vacinação

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivos

- Padronizar a organização e o funcionamento da sala de vacinação na atenção primária à saúde a fim de otimizar o atendimento e o acolhimento aos usuários;
- Garantir a qualidade do serviço oferecido com a máxima segurança, prevenindo as infecções nas crianças, adolescentes, adultos e idosos atendidos, por ação da vacinação;
- Manter as condições de higiene e de limpeza específicas para a administração de imunobiológicos.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Sala de vacinação

4. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

5. Descrição do Procedimento

5.1 -Atribuições do Enfermeiro

- Planejar as atividades de vacinação, executar e avaliar o trabalho desenvolvido de forma integrada ao conjunto das demais ações da unidade básica de saúde;
- Avaliar e monitorar a taxa de cobertura vacinal da população de referência, conforme metas;
- Avaliar e notificar os eventos adversos pós-vacinação (EAPV);
- Avaliar o paciente de atendimento antirrábico;
- Inserir e encerrar a ficha de notificação antirrábica no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- Promover educação permanente para a equipe;
- Realizar busca ativa dos pacientes acompanhados na antirrábica;
- Acompanhar e supervisionar o trabalho desenvolvido na sala de vacina.

5.2 - Atribuição do Técnico/Auxiliar de Enfermagem



- Repor quando necessário os insumos e imunobiológicos;
- Manter as condições preconizadas de conservação dos imunobiológicos;
- Utilizar os equipamentos de forma a preservá-los em condições de funcionamento;
- Dar destino adequado aos resíduos da sala de vacinação, encaminhar o coletor de perfuro cortante lacrado envolvido em saco branco ao expurgo;
- Acolher, atender e orientar os usuários;
- Registrar todos os dados referentes às atividades de vacinação nos impressos adequados para a manutenção, o histórico vacinal do indivíduo e a alimentação dos sistemas de informação do Programa Nacional de Imunização (PNI);
- Promover a organização e monitorar a limpeza diária e terminal da sala de vacinação;
- Programar os procedimentos de limpeza dos equipamentos de refrigeração a serem executados pela equipe responsável e realizados conforme as orientações contidas no Manual de Rede de Frio – PNI/MS.

6. Início do Trabalho Diário

Antes de dar início a atividade de vacinação propriamente dita, a equipe deve adotar os seguintes procedimentos:

- a) Verificar se a sala está limpa e em ordem;
- b) Repor materiais necessários, conforme rotina da unidade;
- c) Verificar a temperatura do equipamento de refrigeração;
- d) Anotar no mapa de controle diário de registro a temperatura, ANEXO I, após a leitura *resetar* (zerar) o termômetro digital;
- e) Higienizar as mãos;
- f) Ambientar a caixa térmica de rotina com bobinas de gelo reutilizáveis, conforme POP ambientação das bobinas reutilizáveis para uso diário;
- g) Retirar do equipamento de refrigeração as vacinas e diluentes correspondentes na quantidade necessária ao consumo na jornada de trabalho, considerando os agendamentos previstos para o dia e a demanda espontânea;
- h) Organizar vacinas e diluentes na caixa térmica, já com a temperatura recomendada, de +2° a +8° C (ideal +5°C), colocando os em recipientes plásticos para melhor organização;
- i) Atentar para o prazo de utilização após a abertura do frasco para as apresentações em multidose;
- j) Higienizar as mãos.

7. Administração dos Imunobiológicos

- a) Verificar qual/quais imunobiológico (s) deve (m) ser administrado (s), conforme calendário de vacinação vigente;



- b) Confirmar nome e idade do usuário;
- c) Orientar usuário e/ou acompanhante sobre a importância da vacinação, possíveis reações e eventos adversos e o próximo retorno;
- d) Examinar o produto, observando a aparência da solução, estado da embalagem, número do lote e o prazo de validade;
- e) Registrar no frasco hora, data e o responsável pela diluição quando necessária diluição da vacina multidoso;
- f) Preparar o imunobiológico conforme descrição dos procedimentos específicos relativos a cada imunobiológico, observar a via de administração e a dosagem;
- g) Manter a agulha encapada até o momento da administração;
- h) Retornar com o frasco do imunobiológico para o interior da caixa térmica, caso o frasco seja multidoso, logo após aspirar a dose;
- i) Administrar o imunobiológico conforme técnica específica;
- j) Desprezar o material utilizado na caixa coletora de material perfuro cortante;
- k) Higienizar as mãos;
- l) Registrar na caderneta de vacina com letra legível, nome e lote da vacina e local da aplicação no usuário;
- m) Registrar a aplicação da vacina no sistema de informação SI-PNI ou sistema vigente;
- n) Observar a temperatura da caixa térmica de uso diário, para a troca das bobinas reutilizáveis sempre que necessário;
- o) Solicitar avaliação do enfermeiro na detecção de possíveis eventos adversos.

8. Notificação de Eventos Adversos Pós-Vacinação

- a) Notificar no sistema de informação vigente;
- b) Investigar todos os casos de reações adversas relacionados com a vacinação;
- c) Investigar, em casos de reações adversas, erros de técnica e anotar o número do lote da vacina;
- d) Seguir o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação do Ministério da Saúde.

9. Encerramento do Trabalho Diário

Ao final das atividades diárias, concretize os seguintes procedimentos:

- a) Retirar as vacinas da caixa térmica de uso diário;
- b) Identificar nos frascos multidosos a quantidade de doses que podem ser utilizadas no dia seguinte;
- c) Observar o prazo de validade da vacina que se encontra diluída. Em casos de rótulos danificado e prazos de diluição vencidos, despreza-los em caixa de perfuro cortante;



- d) Retirar as bobinas reutilizáveis da caixa térmica, realizar a limpeza e acondicioná-las no evaporador do equipamento de refrigeração ou no freezer;
- e) Registrar o número de doses desprezadas no formulário (físico ou informatizado) para subsidiar a avaliação do “movimento e das perdas” de imunobiológicos;
- f) Conferir estoque de imunobiológicos e registrar no “Controle de Estoque Diário”, ANEXO II;
- g) Fazer backup diário dos dados do sistema de informação, salvando-os na área de trabalho;
- h) Conferir doses aplicadas no sistema de informação comparando-o com o Boletim de Imunobiológicos Mensal (BIM), ANEXO III;
- i) Verificar e anotar a temperatura do equipamento de refrigeração no respectivo mapa de controle diário de temperatura, ANEXO I; e após leitura resetar o termômetro digital;
- j) Proceder a limpeza da caixa térmica com pano úmido ou álcool 70%, secar e guardá-la;
- k) Certificar-se de que os equipamentos de refrigeração estão funcionando;
- l) Deixar a sala limpa e em ordem, repondo todo o material necessário;
- m) Solicitar ao profissional da higiene a limpeza e desinfecção da sala.

10. Encerramento do Trabalho Mensal

No primeiro dia útil do mês:

- a) Exportar os dados do sistema de informação no último dia do mês para o e-mail do Núcleo de Vigilância Epidemiologia e Imunização da APS da região de saúde. Anotar o nome e matrícula.
- b) Emitir relatório de doses aplicadas do sistema de informação. Comparar com as doses registradas no BIM de mesa. Registrar doses aplicadas no Boletim Mensal de Doses Aplicadas e encaminhar uma cópia deste boletim para a administração da Unidade Básica de Saúde e Núcleo de Vigilância Epidemiologia e Imunização.
- c) Calcular e avaliar o percentual de utilização e perda (física e técnica) de imunobiológicos.
- d) Avaliar taxa de cobertura vacinal, eventos adversos, abandono, inconsistência e/ou erros de registros no sistema.

11. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário de Vacinação do DF de 2017. Instrução Normativa do Distrito Federal.** Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.** – Brasília: Ministério da Saúde 2014.



_____. Ministério da Saúde. **Manual de rede de frio / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.** – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, página 77.

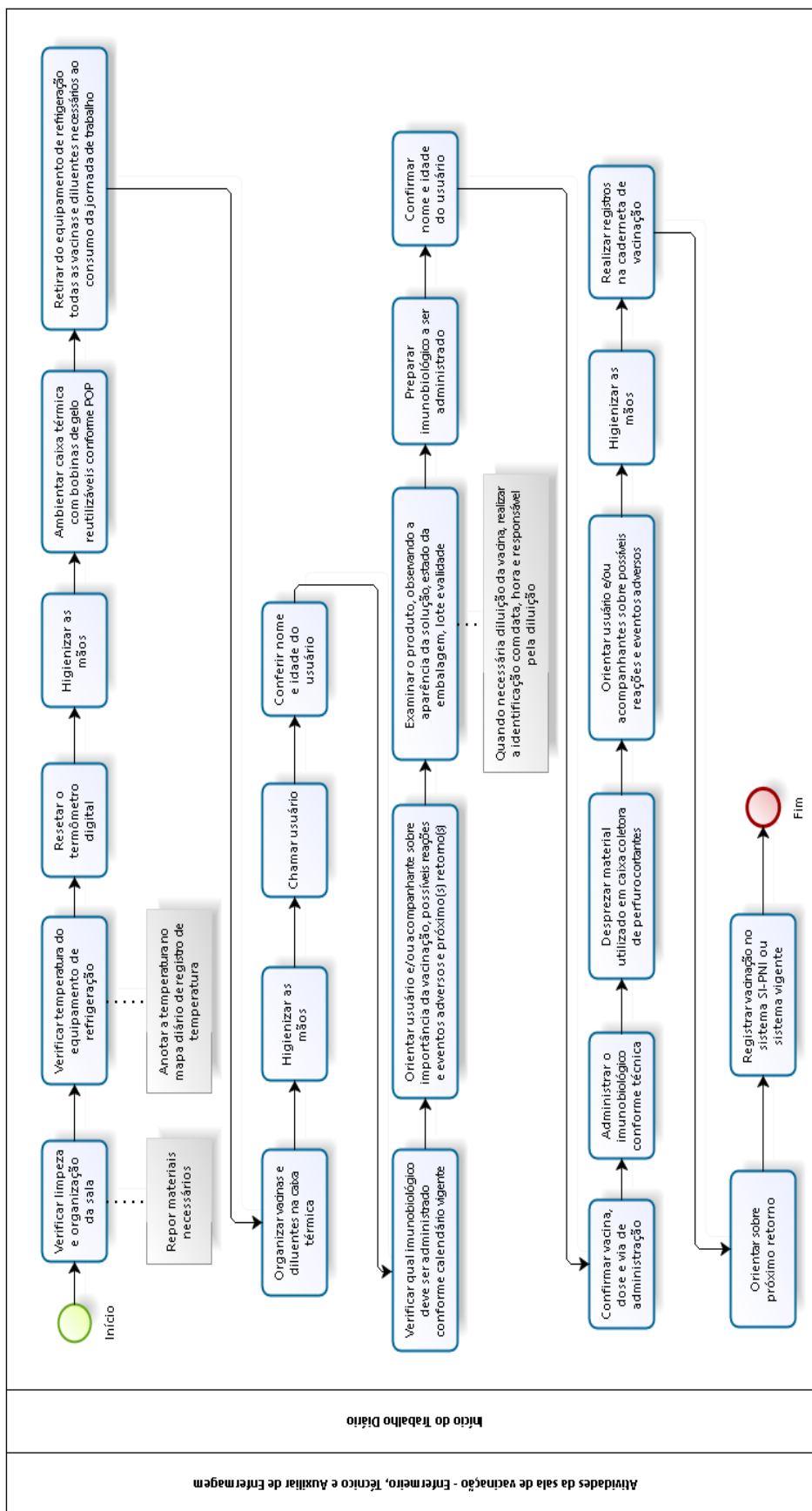
_____. Ministério da Saúde. **Manual de Rede de Frio - Orientações Técnicas para o planejamento arquitetônico e de engenharia na construção, reforma e ou ampliação das Centrais Estaduais de Rede de Frio.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, Coordenação Geral de Custos e Investimentos em Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

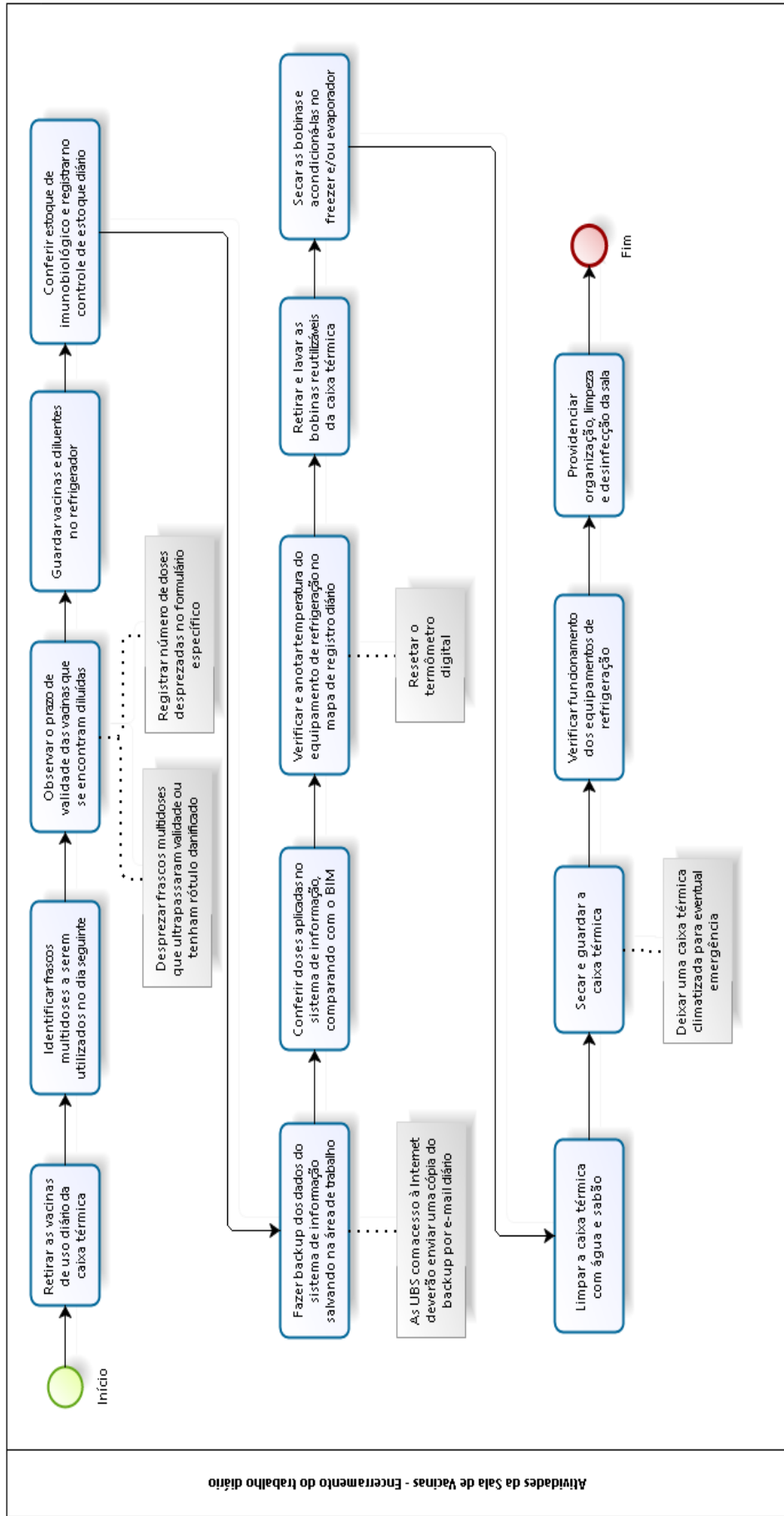
GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **POP- Imunização Procedimentos Operacionais Padrão Sala de Imunização.** Ceilândia – DF. 2015.

OLIVO, V. F.; PORTELA, O. T.; LANA, L. D. **Gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem: um estudo diagnóstico para subsidiar a instituição de padrões de qualidade no serviço hospitalar.** Santa Maria, RS, 2013. Disponível em: <<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0686.php>>. Acesso em: 31 out. 2016.

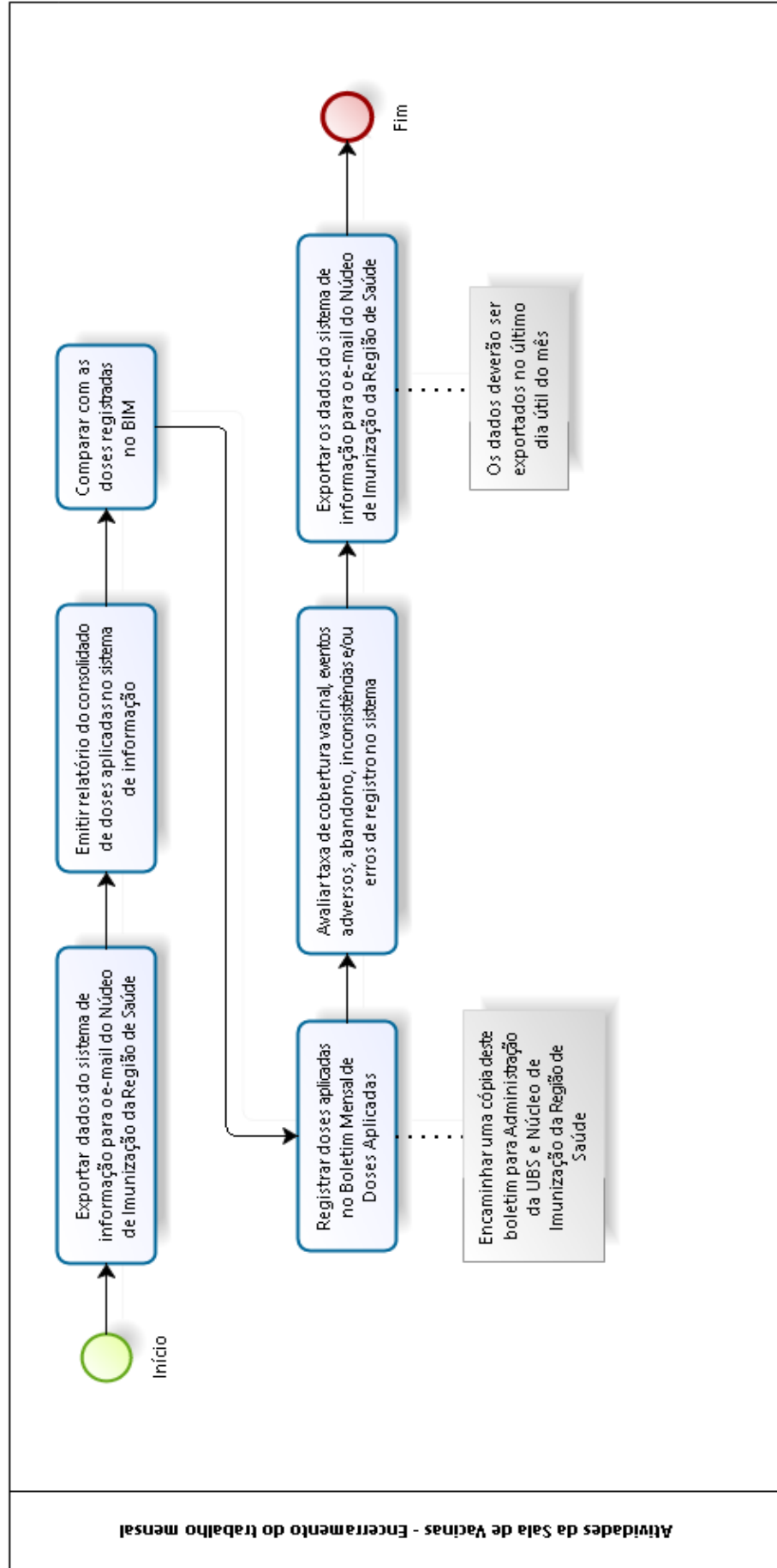


12. Fluxogramas









ANEXO I – Registro de Controle de Temperatura Diário

CONTROLE DE TEMPERATURA DIÁRIO										
OBS:										
GELADEIRA () CAMARA FRIA () FREEZER ()										
MÊS: ANO:										
MANHÃ						TARDE				
DIA	HORA	MOMENTO	MÁXIMA	MINÍMA	ASSINATURA	HORA	MOMENTO	MÁXIMA	MINÍMA	ASSINATURA
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
0										
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											
LIMPEZA: ____/____/____											
LIMPEZA: ____/____/____											
OBSERVAÇÃO:											

ANEXO II – Controle de Estoque Diário

CONTROLE DIÁRIO DE IMUNOBIOLOGICOS

UBS:

DIA DA SEMANA:

DATA ____/____/____

IMUNOBIOLOGICOS	Estoque Anterior	Doses Recebidas	Doses Aplicadas	Estoque Atual	Assinatura
VAC. BCG INTRADERMICO 10 DOSES - AMP.					
VAC. CONTRA FEBRE AMARELA					
VAC. CONTRA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B					
VAC. CONTRA HEPATITE "A" 01 DOSE - FR.					
VAC. CONTRA HEPATITE "A" (ROTA PEDIATRICA) - 01 DOSE FR.					
VAC. CONTRA HEPATITE "B" 5 ml - FR.					
VAC. CONTRA INFLUENZA (GRIPE) 10 DOSES - FR.					
VAC. CONTRA PNEUMOCOCO 23 VAL. 01 DOSE - AMP.					



VAC. CONTRA POLIO INATIVA 10 DOSES - FR.					
VAC. CONTRA RAIVA CULTIVO CELULAR/EMBRIÃO GALINHA 01 DOSE - AMP.					
VAC. CONTRA RAIVA CULTURA CELULAR/VERO 01 DOSE - AMP.					
VAC. CONTRA VARICELA 01 DOSE - FR.					
VAC. DUPLA ADULTO 10 DOSES - FR.					
VAC. DUPLA INFANTIL 01 DOSE - AMP.					
VAC. MENINGOCOCICA CONJUGADA GRUPO C 01 DOSE - FR.					
VAC. ORAL CONTRA POLIOMIELITE 25 DOSES - FR.					
VAC. ORAL DE ROTAVIRUS HUMANO UNIDOSE 01 - FR.					
VAC. PAPILOMAVIRUS HUMANO 6,11,16,18 (RECOMBINANTE) 0,5 ml - SER.					
VAC. PENTAVALENTE 01 DOSE - FR.					
VACINA PNEUMOCOCICA CONJUGADA - 10 VALENTE 01 DOSES - FR-AMP.					
VAC.TETRA VIRAL 01 DOSE - FR.					
VAC. TRIPLICE (DTP) 10 DOSES - FR.					
VAC. TRIPLICE ACELULAR (DTPa) 01 DOSE - FR.					
VAC. TRIPLICE ACELULAR (DTPa) REF/ADULT 01 DS - SER.					
VAC. TRIPLICE VIRAL 10 DOSES - FR.					



ANEXO III – Boletim de Registro de Doses Aplicadas – Consolidado

Município:	Código:
Estabelecimento de Saúde:	CNES:
Mês:	Ano:
Responsável:	

Boletim de registro de doses aplicadas para o APIWEB - versão 3

VACINA	BCG									
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	7-14 anos	15-59 anos	60 anos+	TOTAL
DU										
REV										

REV - Para registro da revacinação no caso de "NÃO PEGA".

Campos sombreados como alerta para indicações e situações especiais.

VACINA	BCG COMUNICANTE (HANSENÍASE)									
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	7-14 anos	15-59 anos	60 anos+	TOTAL
DU										
REV										

REV - no caso de indicação do esquema vacinal para comunicante de hanseníase.

VACINA	HEPATITE B															
DOSE	até 30 dias	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-10 anos	11-14 anos	15-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 anos+	TOTAL
D																
D1																
D2																
D3																
D4																

"D": crianças que recebem a dose ao nascer, preferencialmente nas primeiras 12 horas ou até 30 dias de vida.

<1 ano a 4 anos de idade - esquema D1, D2 e D3 será feito com a vacina penta (DTP/Hib/HB), a não ser em situações especiais.

"D4" - Campo sombreado para alerta em situações e indicações especiais.

VACINA	HEPATITE B NÃO SOROCONVERSÃO (ESQUEMA DE REPETIÇÃO)														
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-10 anos	11-14 anos	15-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 anos+	TOTAL
D1															
D2															
D3															
D4															

Registro de doses repetidas para um novo esquema vacinal, considerando a não soroconversão com o primeiro esquema vacinal.

D4: Situações e indicações especiais mesmo no esquema de repetição devido a não soroconversão.

VACINA	ROTAVÍRUS HUMANO (ORAL)						
DOSE	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	TOTAL
D1							
D2							

D1: 2 meses (1 mês e 15 dias a 3 meses e 15 dias).

D2: 4 meses (3 meses e 16 dias a 7 meses e 29 dias).

VACINA	PNEUMOCOICA 10 VALENTE					
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
DU						
D1						
D2						
D3						
REF						

REF - Dose a ser administrada em crianças de 1 ano que receberam o esquema vacinal enquanto <1 ano.

DU - 2, 3 e 4 anos no caso de indicação do CRIE.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária conforme recomendação do PNI e CRIE.

VACINA	MENINGOCOICA C CONJUGADA								
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
DU									
D1									
D2									
REF									

REF - Dose a ser administrada em crianças de 1 ano que receberam o esquema vacinal enquanto <1 ano.

REF para crianças de 5 a 12 anos, campo para registro de esquema em clínicas privadas.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária conforme recomendação do PNI e CRIE.



VACINA	VIP/VOP (SEQUENCIAL)							
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos	6 anos	TOTAL
D1 (VIP)								
D2 (VIP)								
D3 (VOP)								
REF 1 (VOP)								
REF 2 (VOP)								

Campos sombreados alertam para situações e indicações especiais.

VACINA	PENTA (DTP/HB/Hib)						
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 a 6 anos	TOTAL
D1							
D2							
D3							
REF 1							
REF 2							

1 a 4 anos de idade: campos sombreados para alerta de registro em casos excepcionais.

5 a 6 anos de idade: campos sombreados para registro em área indígena.

REF1: em situações especiais ou excepcionalmente durante o desabastecimento da vacina DTP.

REF2: excepcionalmente durante o desabastecimento da vacina DTP.

VACINA	TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA)									
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	7-11 anos	50-59 anos	60 anos+	TOTAL
D										
D1										
D2										

D - para <1 ano, 50-59 anos e 60 anos+ : vacinação somente em casos de bloqueio vacinal.

D2 - para 1 A de idade até implantação da TETRAVIRAL.

Campos sombreados de 50-59 anos e 60 anos + para registro em áreas indígenas.

VACINA	TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA) MULHERES EM IDADE FÉRTIL - MIF										
DOSE	12 anos	13-14 anos	15-16 anos	17-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	TOTAL
D1											
D2											

D2 para a faixa etária de 20 a 49 anos de idade, em casos excepcionais.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária.

VACINA	TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA) HOMENS										
DOSE	12 anos	13-14 anos	15-16 anos	17-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	TOTAL
D1											
D2											

D2 para a faixa etária de 20 a 49 anos de idade, em casos excepcionais.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária.

VACINA	TETRA VIRAL (SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA, VARICELA)				
DOSE	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
D1					

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária.

VACINA	HEPATITE A										
DOSE	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	7-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
DU											
D1											
D2											

DU - esquema de rotina a partir de 2013.

D1 e D2 - Esquema indicado para situações especiais, CRIE e clínicas privadas - campos sombreados.

VACINA	DTP - TRÍPLICE BACTERIANA (DIFTERIA, TÉTANO, COQUELUCHE)					
DOSE	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	TOTAL
D1						
D2						
D3						
REF1						
REF2						

Campos sombreados para alerta em situações especiais, complementação de esquema ou situações de surto de difteria ou coqueluche.

VACINA	dT - DUPLA ADULTO (DIFTERIA e TÉTANO)							
DOSE	7-11 anos	HOMENS 12-14 anos	♀ GESTANTES 12-14 anos	HOMENS 15-49 anos	♀ GESTANTES 15-49 anos	50-59 anos	60 anos+	TOTAL
D1								
D2								
D3								
REF								



VACINA	dT/dTpa (DUPLA ADULTO e TRÍPLICE BACTERIANA ACELULAR ADULTO) GESTANTES								
	dT (dupla adulto/difteria e tétano)			dTpa (tríplice acelular adulto/difteria, tétano, coqueluche)			Total		
DOSE	10 -11 anos	12 -14 anos	15- 49 anos	10 -11 anos	12 -14 anos	15-49 anos	10 -11 anos	12 -14 anos	15 - 49 anos
D1									
D2									
D3									
REF									

Campos sombreados para alerta do registro até a implantação na rotina. Possibilita registro em clínicas privadas ou outros serviços.

VACINA	FEBRE AMARELA									
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-9 anos	10-14 anos	15-59 anos	60 anos+	TOTAL
DI										
REV										

Campos sombreados para alerta devido a faixa etária.

VACINA	RAIVA (CULTURA DE CÉLULAS VERO)							
DOSE	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
D1								
D2								
D3								
D4								
D5								
REV								

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal.

VACINA	RAIVA (CULTURA DE CÉLULAS EM EMBRIÃO DE GALINHA)							
DOSE	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
D1								
D2								
D3								
D4								
D5								
REV								

Vacina para situações e indicações especiais.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal.

VACINA	POLIOMIELITE ORAL (VOP)							
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	7 anos+	TOTAL
D1								
D2								
D3								
REF1								
REF2								

REF1 - Registro de dose aplicada em crianças que fizeram esquema somente com a VOP.

7 anos e mais - Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE.

Atenção: crianças que receberam vacinas pelo esquema sequencial, a dose administrada deverá ser registrada na grade específica.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal.

VACINA	POLIOMIELITE INATIVADA (VIP)							
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	7 anos+	TOTAL
D1								
D2								
D3								
REF1								
REF2								

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE.

D3 e REF1 - Registro de dose aplicada em crianças que fizeram esquema somente com a VIP.

Atenção: crianças que receberam vacinas pelo esquema sequencial, a dose administrada deverá ser registrada na grade específica.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal.

VACINA	DTPa - TRÍPLICE BACTERIANA ACELULAR INFANTIL (DIFTERIA, TÉTANO, COQUELUCHE)							
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	TOTAL	
D1								
D2								
D3								
REF1								
REF2								

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal.

VACINA	DT - DUPLA INFANTIL (DIFTERIA e TÉTANO)							
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	TOTAL	
D1								
D2								
D3								
REF1								
REF2								

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal.



VACINA	PNEUMOCÓCICA 23 VALENTE						
DOSE	2-4 anos	5-8 anos	9- 12 anos	13 -19 anos	20 -59 anos	60 anos+	TOTAL
DI							
DA							
REV.							

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE.

VACINA	INFLUENZA (GRIPE)										
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 -8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos +	TOTAL
DU											
D1											
D2											

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE.

VACINA	INFLUENZA (GESTANTES)										
DOSE	10-12 anos	13-14 anos	15-16 anos	17-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	TOTAL
DU											

VACINA	VARICELA										
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 - 8 anos	9 -12 anos	13 -19 anos	20 - 59 anos	60 anos+	TOTAL
D1											
D2											

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal.

VACINA	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (Hib)										
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	7-17 anos	18-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
DU											
D1											
D2											
D3											
REF											

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal.

VACINA	FEBRE TIFOIDE						
DOSE	2-4 anos	5-8 anos	9- 12 anos	13 -19 anos	20 -59 anos	60 anos+	TOTAL
DU							
D1							
D2							
D3							
D4							
REF.							

Indicações e situações especiais.

REF somente com indicação médica.

D1 a D4 somente para vacina oral - indicada a partir dos 6 anos de idade.

VACINA	MENINGOCÓCICA AC						
DOSE	2-4 anos	5-8 anos	9- 12 anos	13 -19 anos	20 -59 anos	60 anos+	TOTAL
DU							

Esquema vacinal indicado para situações especiais.

VACINA	CÓLERA						
DOSE	2-4 anos	5-8 anos	9- 12 anos	13 -19 anos	20 -59 anos	60 anos+	TOTAL
D1							
D2							
REV							

Situações especiais e para população militar.

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal.

VACINA	HEXA (DTP/HB/Hib/VIP)						
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	TOTAL
D1							
D2							
D3							

Vacinação em clínicas privadas.



VACINA	PNEUMOCÓCICA 13 VALENTE							
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	50 anos +	TOTAL
DU								
D1								
D2								
D3								
REF								

REF - Dose a ser administrada em crianças de 1 ano que receberam o esquema vacinal enquanto <1 ano.
Campos sombreados para registro de doses com indicação do CRIE.

VACINA	PENTA INATIVADA (DTP ACELULAR/Hib/VIP)						
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	TOTAL
D1							
D2							
D3							
REF							

Vacinação em clínicas privadas e em alguns municípios que adquirem este produto.

VACINA	dTpa - ADULTOS - NÃO GESTANTES						
DOSE	7-9 anos	10-11 anos	12-14 anos	15-49 anos	50-59 anos	60 anos+	TOTAL
DU							
D1							
D2							
D3							
REV.							

Clínica particular.

VACINA	MENINGOCÓCICA A C Y W 135			
DOSE	11-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
DU				
REF				

Clínica particular.

VACINA	ROTAVÍRUS HUMANO - PENTAVALENTE						
DOSE	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	TOTAL
D1							
D2							
D3							

Clínica particular.

VACINA	HEPATITE A, B RECOMBINANTE														
DOSE	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-10 anos	11-14 anos	15-16 anos	17-19 anos	20-24 anos	25-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 anos+	TOTAL
D1															
D2															
D3															

Clínica particular.

VACINA	QUÁDRUPLA VIRAL (SCR + VARICELA)						
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-12 anos	TOTAL
DU							
D1							
D2							

Clínica particular.

VACINA	HPV BIVALENTE - SEXO FEMININO											
DOSE	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos	20-25 anos	TOTAL
D1												
D2												
D3												

Clínica particular.

VACINA	HPV QUADRIVALENTE - SEXO FEMININO													
DOSE	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos	20-26 anos	27 anos+	TOTAL
D1														
D2														
D3														

De 11 a 13 anos de idade - D1 e D2 - esquema de rotina a partir de março de 2014.

D3: daqui a 60 meses, ou para conclusão de esquemas iniciados na rede privada.

9 e 10 anos de idade: campos sombreados para registro em área indígena a partir de março de 2014.

Campos sombreados alertam para situações e indicações especiais.

Inclui a vacinação nas clínicas privadas.



VACINA	HPV QUADRIVALENTE - SEXO MASCULINO													
DOSE	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos	19 anos	20-26 anos	27 anos+	TOTAL
D1														
D2														
D3														

Somente para clínicas privadas.

VACINA	DIFTERIA, TÉTANO E PERTUSSIS ACELULAR E POLIOMIELITE I, II, III (INATIVADA)									
DOSE	3 anos	4 anos	5-6 anos	7-9 anos	10-11 anos	12-14 anos	15-49 anos	50-59 anos	60 anos+	TOTAL
REF										

Vacinação em clínicas privadas.

VACINA	DTPa + Hib						
DOSE	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	TOTAL
D1							
D2							
D3							
REF							

Vacinação em clínicas privadas.

IMUNOGLOBULINAS	FAIXA ETÁRIA							
	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
ANTI HEPATITE B								
ANTI TETÂNICA								
ANTI RÁBICA								
ANTI VARICELA ZOSTER								

FRASCO UTILIZADO = DOSE APLICADA

SOROS	FAIXA ETÁRIA							
	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
ANTI TETÂNICO								
ANTI DIFTÉRICO								
ANTI RÁBICO								
ANTI BOTULINICO								

FRASCO UTILIZADO = DOSE APLICADA

ANTIVENENO	FAIXA ETÁRIA							
	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
BOTRÓPICO-CROTÁLICO								
BOTRÓPICO-LAQUÉTICO								
BOTRÓPICO								
CROTÁLICO								
ELAPÍDICO								
ARACNÍDICO								
ESCORPIÔNICO								
LONOMIA								
LOXOCÉLICO								

FRASCO UTILIZADO = DOSE APLICADA



Procedimento Operacional Padrão**7.2 Organização dos Imunobiológicos na Câmara Refrigerada****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Evitar perdas de vacinas.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Câmara refrigerada para armazenamento de imunobiológicos e/ou refrigerador de uso doméstico

4. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

5. Descrição do Procedimento para refrigerador doméstico

- a) Colocar bobinas reciclável no evaporador (congelador) na posição vertical;
- b) Retirar todas as gavetas plásticas e suportes que existam na parte interna da porta;
- c) Colocar garrafas preenchidas com água misturada a um corante (azul de metileno, anil, violeta de genciana) na gaveta da parte de baixo do refrigerador, ocupando todo o espaço;
- d) Acondicionar os imunobiológicos virais na 2ª prateleira, em bandejas perfuradas ou nas próprias embalagens;
- e) Acondicionar os imunobiológicos virais na 3ª prateleira, em bandejas perfuradas ou nas próprias embalagens (vide figura I).

6. Recomendações/Observações

- a) Não acondicione imunobiológicos na 1ª prateleira nem no compartimento inferior (gaveta) desses equipamentos.
- b) Colocar os imunobiológicos com prazo de validade mais curto para que sejam utilizados antes dos demais.
- c) Permitir a circulação do ar entre os imunobiológicos, e entre as paredes da geladeira.
- d) As garrafas com água colorida devem ser dispostas de maneira a permitir a circulação do ar frio entre elas.



- e) Não substituir as garrafas por bobinas reutilizáveis.
- f) Em nenhuma hipótese o refrigerador tipo frigobar deve ser utilizado para conservação de imunobiológicos.

7. Referências

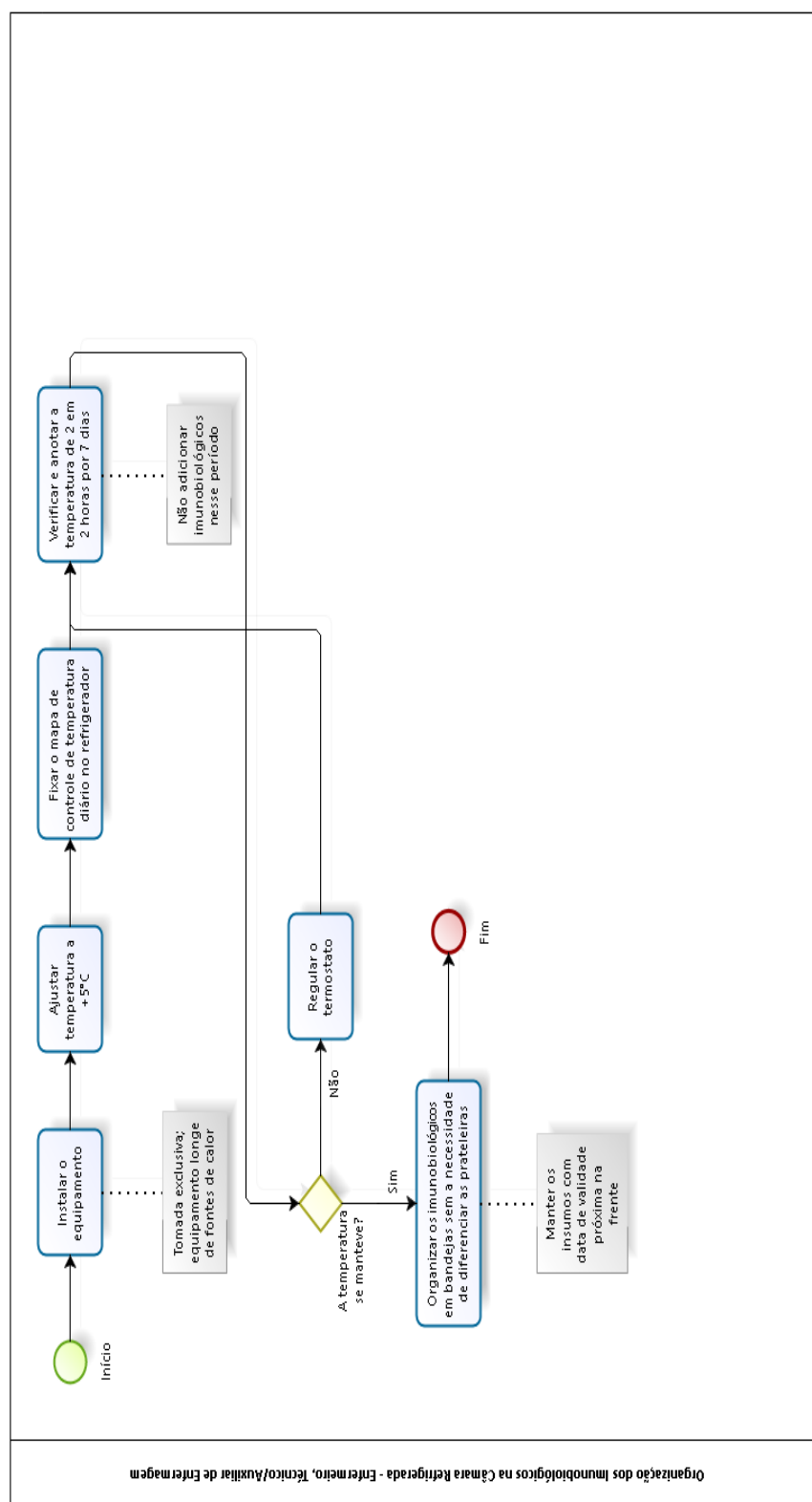
_____. Ministério da Saúde. **Manual de rede de frio / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, página 77.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Rede de Frio - Orientações Técnicas para o planejamento arquitetônico e de engenharia na construção, reforma e ou ampliação das Centrais Estaduais de Rede de Frio**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, Coordenação Geral de Custos e Investimentos em Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

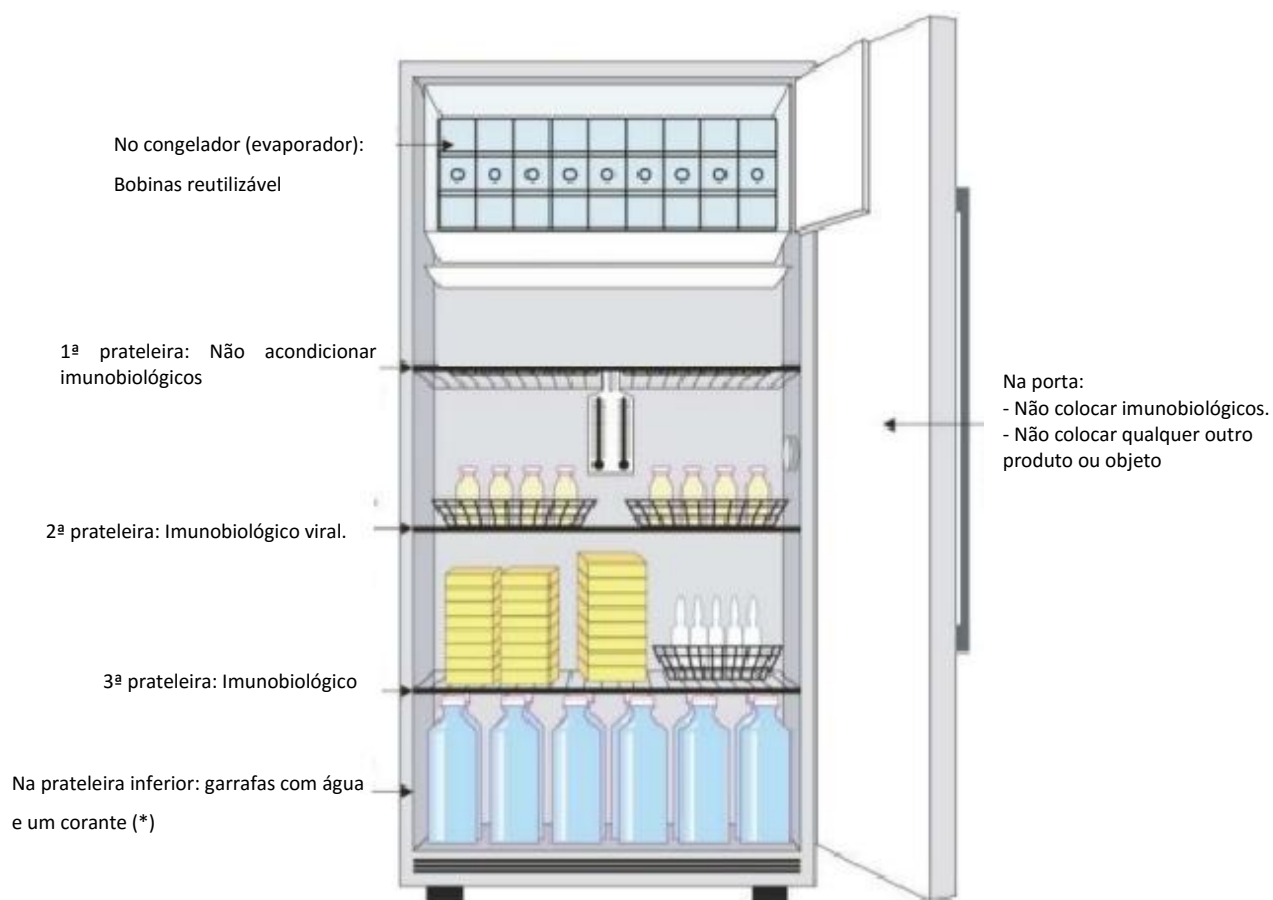
_____. Ministério da Saúde. **Manual de rede de frio / Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde**. / Elaboração de Cristina Maria Vieira da Rocha et al. - 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 2001. 80p. il, página 17



8. Fluxograma



ANEXO - Figura I – Organização dos Imunobiológicos na Câmara Refrigerada



Fonte: Manual de Rede de Frio (2001) com adaptações



Procedimento Operacional Padrão**7.3 Ambientação das Bobinas Reutilizáveis para Uso Diário****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivos

Padronizar e melhorar o processo de ambientação das bombas reutilizáveis.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Sala de vacinação

4. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

5. Materiais

- Bobinas reutilizáveis;
- Pano/tecido para limpeza, papel toalha.

6. Descrição do Procedimento

- a) Retirar as bobinas reutilizáveis do freezer;
- b) Colocar as bobinas sobre uma mesa, pia ou bancada, até que desapareça a “névoa” que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada;
- c) Colocar sob uma das bobinas o sensor de um termômetro de cabo extensor, para verificar a temperatura;
- d) Secar as bobinas após o desaparecimento da “névoa” e a confirmação da temperatura (aproximadamente 1°C), e colocar uma camada no fundo e nas laterais internas da caixa, figura I (abaixo);
- e) Posicionar o sensor do termômetro no centro da caixa térmica;
- f) Atentar para não deixar o bulbo do termômetro encostar na bobina;
- g) Mensurar a temperatura interna da caixa por meio do termômetro de cabo extensor (entre + 2°C e +8°C, sendo ideal +5°C) antes de colocar as vacinas em seu interior;
- h) Organizar os imunobiológicos no centro da caixa em recipientes plásticos para melhor organização e identificação;



- i) Monitorar continuamente a temperatura (trocar as bobinas reutilizáveis sempre que necessário);
- j) Manter a caixa térmica fora do alcance da luz solar direta e distante de fontes de calor;
- k) Higienizar e retornar as bobinas para congelamento após o uso;
- l) Lavar e secar cuidadosamente as caixas, mantendo-as abertas até que estejam completamente secas;
- m) Guardar as caixas térmicas abertas e em local ventilado.

7. Recomendações/Observações

- a) A ambientação precede o acondicionamento de imunobiológicos em caixas térmicas, cuja temperatura de conservação está fixada na faixa entre +2°C e +8°C, para o transporte ou uso nas atividades de vacinação, com temperatura ideal de +5°C.
- b) A frequência da climatização das bobinas deverá ser no início de cada plantão e ou no decorrer do plantão quando necessário.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário de Vacinação do DF de 2017**. Instrução Normativa do Distrito Federal. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>

_____. Ministério da Saúde. **Manual de rede de frio / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, página 77.

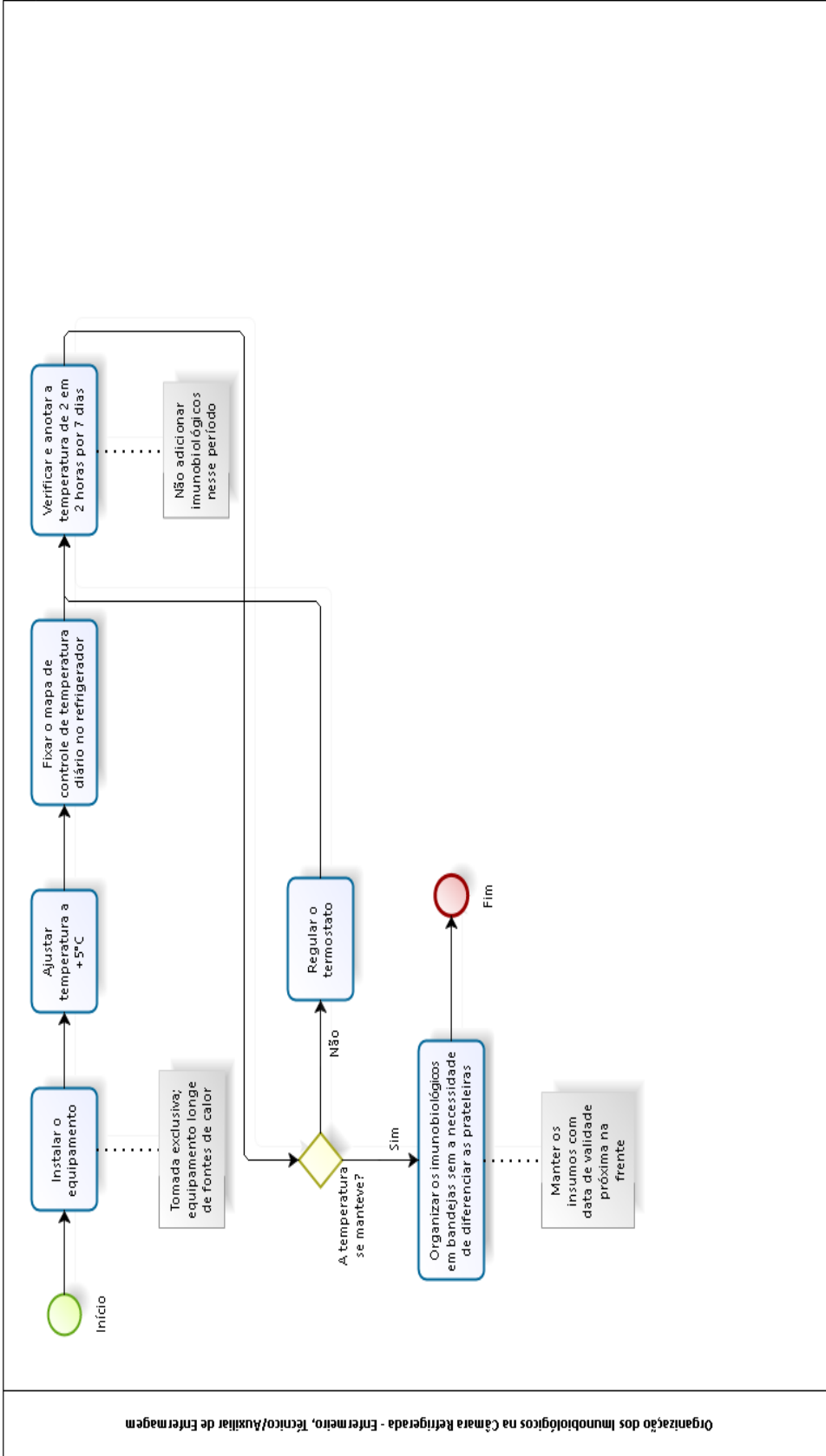
_____. Ministério da Saúde. **Manual de Rede de Frio - Orientações Técnicas para o planejamento arquitetônico e de engenharia na construção, reforma e ou ampliação das Centrais Estaduais de Rede de Frio**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, Coordenação Geral de Custos e Investimentos em Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

OLIVO, V. F.; PORTELA, O. T.; LANA, L. D. **Gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem: um estudo diagnóstico para subsidiar a instituição de padrões de qualidade no serviço hospitalar**. 2013. Disponível em: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0686.php>. Acesso em: 31 out. 2016.

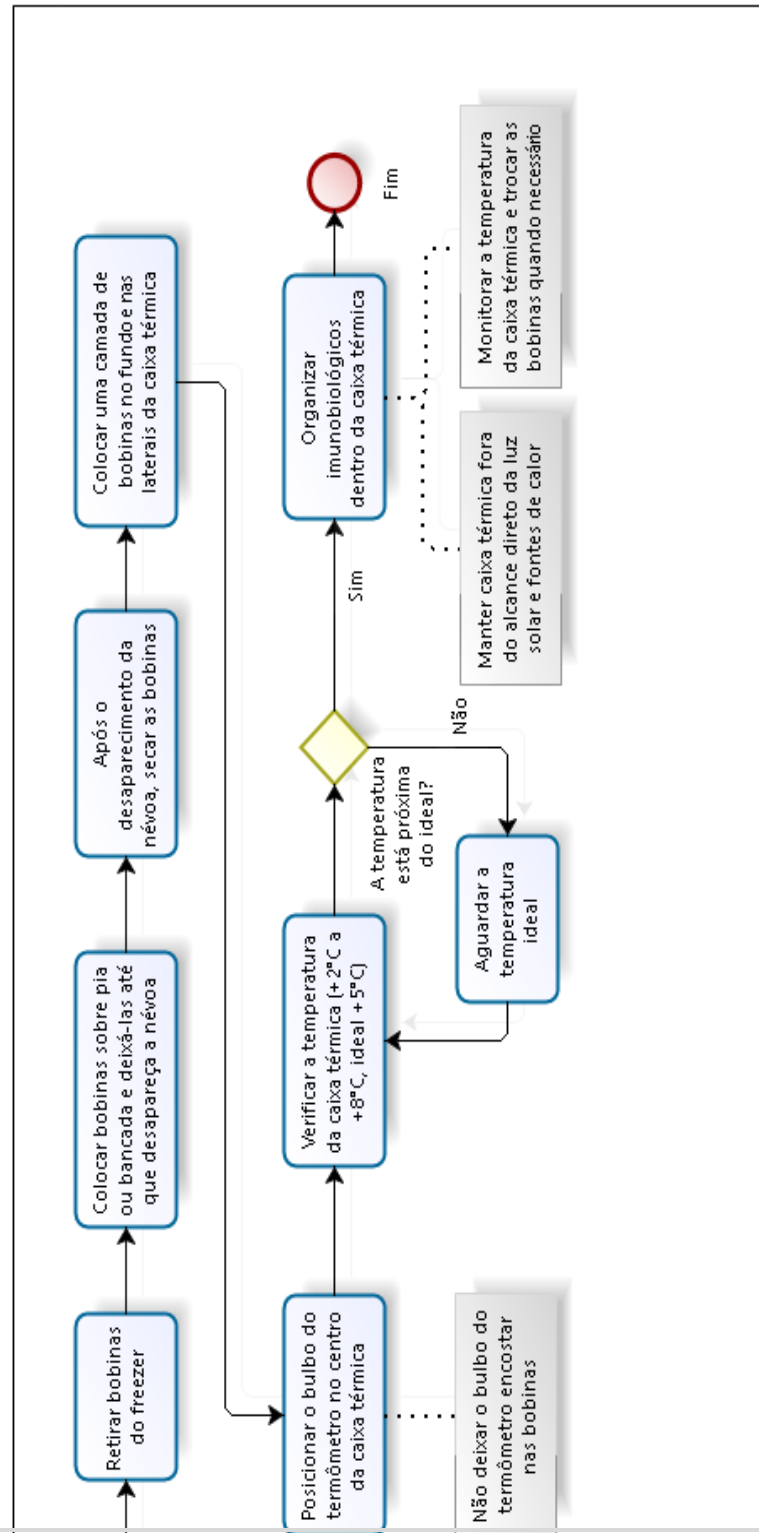


9. Fluxogramas

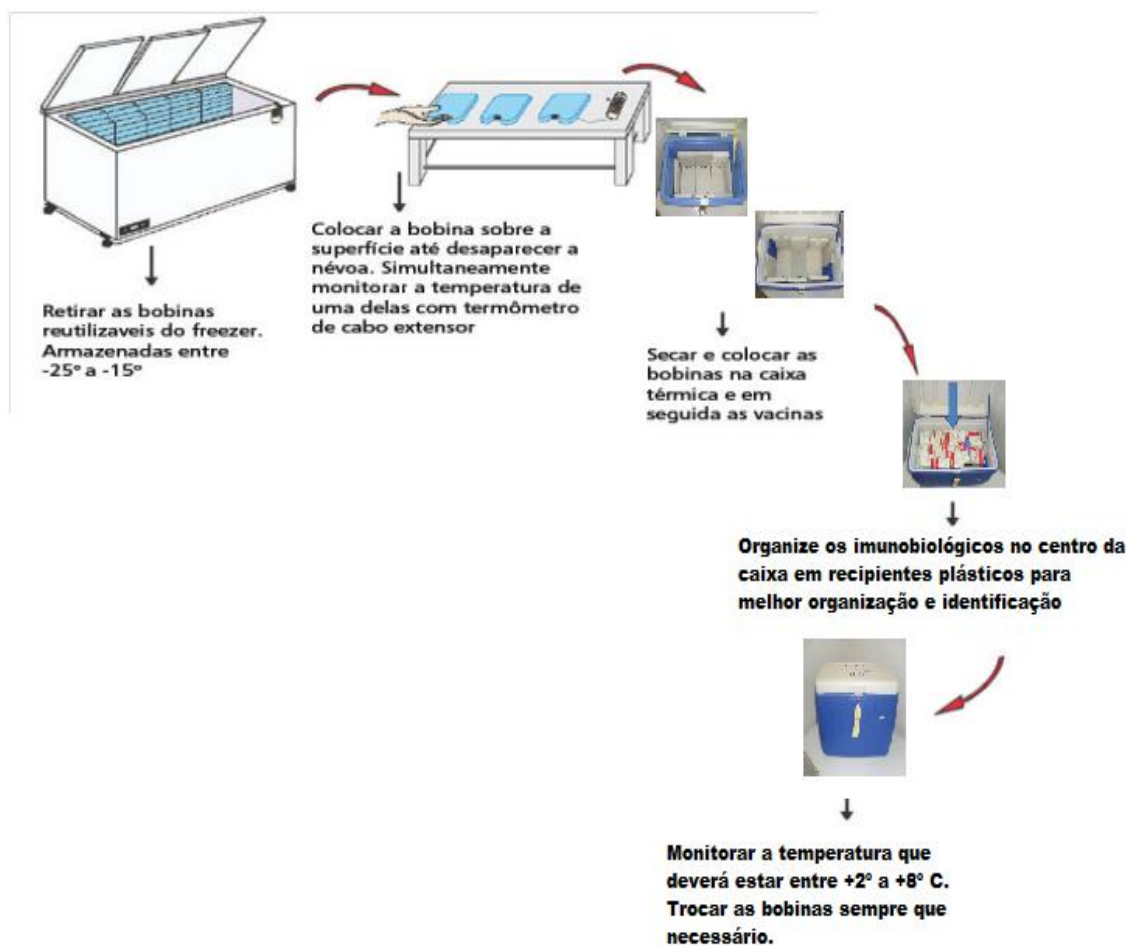








ANEXO - Figura I



Fonte: Ministério da Saúde, 2011.





Procedimento Operacional Padrão**7.4 Limpeza do Refrigerador de Armazenamento de Imunobiológicos****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Manter a limpeza do refrigerador e a qualidade dos imunobiológicos, evitando perdas.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Sala de vacinação: refrigerador doméstico, câmaras refrigeradas e freezers para armazenamento de imunobiológicos

4. Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

5. Materiais

- Caixas térmicas com as bobinas acondicionadas vide “POP acondicionamento de bobinas reutilizáveis”;
- Pano/tecido para limpeza, papel toalha;
- Água e solução de sabão neutro/coco para limpeza;
- Equipamento de Proteção Individual.

6. Descrição do Procedimento

Antes de proceder à limpeza propriamente dita, adote as seguintes providências:

- a) Preparar as caixas térmicas para acondicionar os imunobiológicos que estão no refrigerador;
- b) Esperar o tempo necessário (mais ou menos 30 minutos) até que o ambiente interno da caixa térmica esteja na temperatura recomendada, ou seja, entre +2°C a +8°C (o ideal é +5°C);
- c) Transferir os imunobiológicos para a caixa térmica após a ambientação, vedando-a com fita adesiva larga;
- d) Proceder à limpeza do refrigerador.



Limpeza propriamente dita:

- a) Registrar no formulário de controle de temperatura o horário de desligamento do refrigerador;
- b) Desligar da tomada e abrir as portas do refrigerador e do congelador;
- c) Esperar que todo o gelo aderido se desprenda das paredes do congelador sem utilizar faca ou outro objeto pontiagudo para a remoção do gelo;
- d) Evitar a manipulação do termostato para não alterar o padrão de temperatura;
- e) Limpar a área interna e externa do refrigerador usando um pano umedecido em solução de água com sabão neutro ou sabão de coco;
- f) Secar a área interna e externa do refrigerador com um pano limpo e seco;
- g) Ligar o refrigerador;
- h) Recolocar o termômetro, as garrafas com água e corante e as bobinas reutilizáveis;
- i) Manter as portas fechadas pelo período de duas horas;
- j) Verificar, após esse período, se a temperatura interna está entre +2°C e +8°C (o ideal é +5°C).
- k) Recolocar os imunobiológicos no refrigerador.

7. Recomendações/Observações

- a) A limpeza do refrigerador deve ser feita a cada 15 dias ou quando a camada de gelo do congelador atingir 0,5 cm.
- b) A limpeza realizada deve ser registrada no mapa de temperatura com data e horário.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário de Vacinação do DF de 2017**. Instrução Normativa do Distrito Federal. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao>

_____. Ministério da Saúde. **Manual de rede de frio / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, página 77.

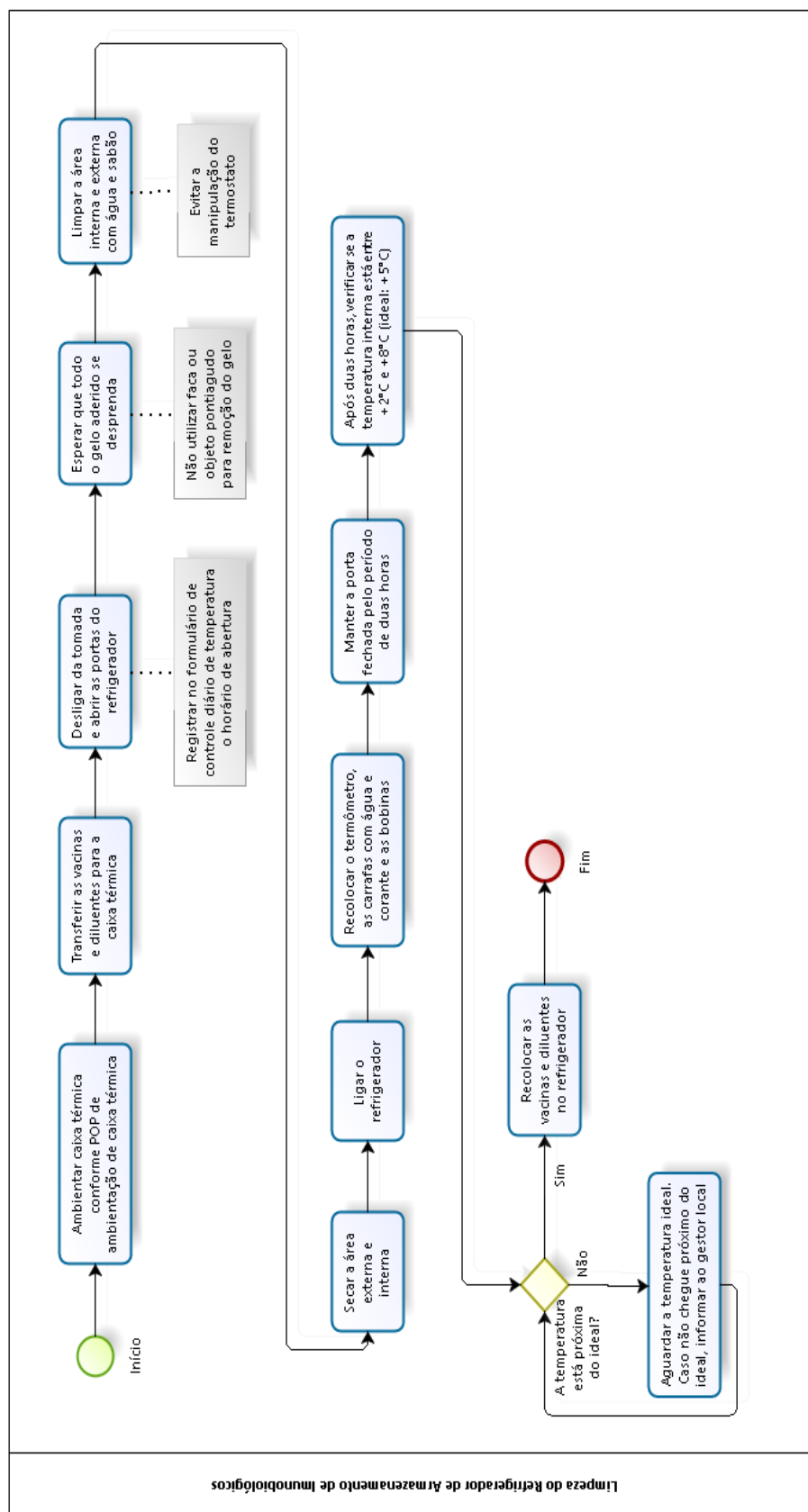
_____. Ministério da Saúde. **Manual de Rede de Frio - Orientações Técnicas para o planejamento arquitetônico e de engenharia na construção, reforma e ou ampliação das Centrais Estaduais de Rede de Frio**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, Coordenação Geral de Custos e Investimentos em Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.



OLIVO, V. F.; PORTELA, O. T.; LANA, L. D. **Gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem: um estudo diagnóstico para subsidiar a instituição de padrões de qualidade no serviço hospitalar.** 2013. Disponível em: <<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0686.php>>. Acesso em: 31 out. 2016.



9. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão**7.5 Plano de Contingência para Sala de Vacina****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivos

- Padronização do plano de contingência;
- Evitar perdas de imunobiológicos.

a) Responsáveis

Enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem

b) Materiais

- Bobinas reutilizáveis;
- Caixa térmica;
- Termômetro;
- Pano/tecido ou papel toalha;
- Saco plástico para armazenar os imunobiológicos;
- Fita adesiva.

c) Descrição do Procedimento**a. Climatização e armazenamento dos imunobiológicos**

- i. Retirar as bobinas reutilizáveis do freezer;
- ii. Colocar as bobinas sobre uma mesa, pia ou bancada, até que desapareça a “névoa” que normalmente cobre a superfície externa da bobina congelada;
- iii. Secar as bobinas após o desaparecimento da “névoa”, e colocar uma camada no fundo e nas laterais internas da caixa (vide figura I);
- iv. Posicionar o sensor do termômetro no centro da caixa térmica;
- v. Atentar para não deixar o bulbo do termômetro encostar na bobina;
- vi. Mensurar a temperatura interna da caixa por meio do termômetro de cabo extensor (entre +2°C e +8°C, sendo ideal +5°C) antes de colocar as vacinas em seu interior;
- vii. Organizar os imunobiológicos em sacos plásticos (que estarão dentro da geladeira e/ou câmara fria identificados) e acomodá-los no interior da caixa de maneira segura para que não fiquem soltos nem sofram impactos mecânicos durante o deslocamento;



- viii. Posicionar o sensor do termômetro no centro da carga organizada, garantindo a medição de temperatura precisa dos imunobiológicos, para monitoramento da temperatura ao longo do deslocamento;
- ix. Colocar uma camada de bobinas reutilizáveis em cima dos imunobiológicos (vide figura I);
- x. Lacrar a caixa térmica com fita adesiva anotando o horário e a temperatura no momento;
- xi. Monitorar a temperatura da caixa.

b. Rotina de Atividades – Interrupção no fornecimento de energia

- i. Caso ocorra durante o expediente, manter a geladeira de vacina fechada e monitorar rigorosamente a temperatura. Se não houver reestabelecimento da energia ou quando a temperatura estiver próxima de +8°C, proceder imediatamente a transferência dos imunobiológicos para outra geladeira/câmara ou para caixa térmica já climatizada;
- ii. Lembrar de considerar o tempo de preparo das caixas térmicas para transferência, uma vez que é necessária a ambientação das bobinas reutilizáveis e climatização das caixas;
- iii. Adotar o mesmo procedimento quando houver falha no equipamento. No quadro de distribuição de energia elétrica da instituição e na tomada da geladeira colocar um aviso “NÃO DESLIGAR”;
- iv. Caso a sala de vacina disponha de gerador, deverá ser considerada a média de tempo de funcionamento deste e, caso necessário, a empresa responsável pelo abastecimento e manutenção do gerador deverá ser contatada para evitar o fim do combustível;
- v. Se a interrupção de energia ocorrer no fim de semana ou feriado, o vigilante deverá ser orientado a entrar em contato imediatamente com a Companhia Energética de Brasília-CEB para previsão do reestabelecimento da energia e anotar no livro de ocorrência dos vigilantes. Entrar em contato com o responsável pela UBS que deverá tomar as providências acima para evitar a perda das vacinas. Para tanto, necessita-se que todos os contatos estejam atualizados/ativos e que a sala onde os imunobiológicos encontram-se armazenados esteja acessível para o atendimento da emergência, ou seja, as chaves deverão estar na administração ou com o vigilante;
- vi. Afixar na porta da sala de vacina e no livro de intercorrências dos vigilantes, o formulário com todos os contatos dos gestores da UBS e equipe, conforme Figura III;
- vii. Os técnicos cujos nomes forem disponibilizados para atender as situações emergenciais devem ser preparados para sanar o problema ou, se necessário, transferir os estoques para local seguro em condições de transporte adequadas;
- viii. Se porventura, os alarmes disponíveis nos equipamentos de armazenagem de vacinas forem desligados por ocasião da transferência, o responsável pela sala de vacina deverá se certificar que os alarmes sejam acionados novamente;



ix. TODOS os imunobiológicos que sofrerem alteração de temperatura, independente da causa, deverão ser armazenados em temperatura ideal (+2 e +8°C), enquanto aguardam a análise do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) que deverá orientar sobre a liberação ou descarte do produto. Para tanto é IMPRESCINDÍVEL o preenchimento do FORMULÁRIO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIAS DE ALTERAÇÃO (Figura II).

c. Orientações quanto ao preenchimento do formulário de registro de ocorrências de alteração

Atenção no preenchimento do referido documento:

- No campo NÚMERO DO LOTE informe o lote completo com TODOS os dígitos/letras;
- SEMPRE preencher o campo DATA DE RECEBIMENTO da vacina;
- Não serão aceitos formulários preenchidos à mão;
- O prazo para envio do formulário devidamente preenchido é de 48 horas após a ocorrência;
- Caso seja necessário, o referido formulário poderá ser requisitado por e-mail: redfriodf@gmail.com

d) Recomendações/Observações

- a) A ambientação precede o acondicionamento de imunobiológicos em caixas térmicas, cuja temperatura de conservação está fixada na faixa entre +2°C e +8°C, para o transporte ou uso nas atividades de vacinação, com temperatura ideal de +5°C.
- b) Quando houver interrupção no fornecimento de energia, o equipamento deve ser mantido fechado e a temperatura interna deve ser rigorosamente monitorada.
- c) Se não houver o restabelecimento da energia ou quando a temperatura estiver próxima a +7°C, proceder à ambientação das bobinas reutilizáveis, conforme POP AMBIENTAÇÃO DAS BOBINAS REUTILIZÁVEIS e realizar imediatamente a transferência dos imunobiológicos para outro equipamento (refrigerador ou caixa térmica) com a temperatura recomendada (entre +2°C e +8°C). O mesmo procedimento deve ser adotado em caso de falha do equipamento.
- d) A ocorrência deve ser comunicada o mais rápido possível a Gerência (ou responsável designado) responsável pelo território da UBS para melhor orientação sobre as providências que deverão ser adotadas.

e) Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário de Vacinação do DF de 2017**. Instrução Normativa do Distrito Federal. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o->



[ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/13600-calendario-nacional-de-vacinacao](#)

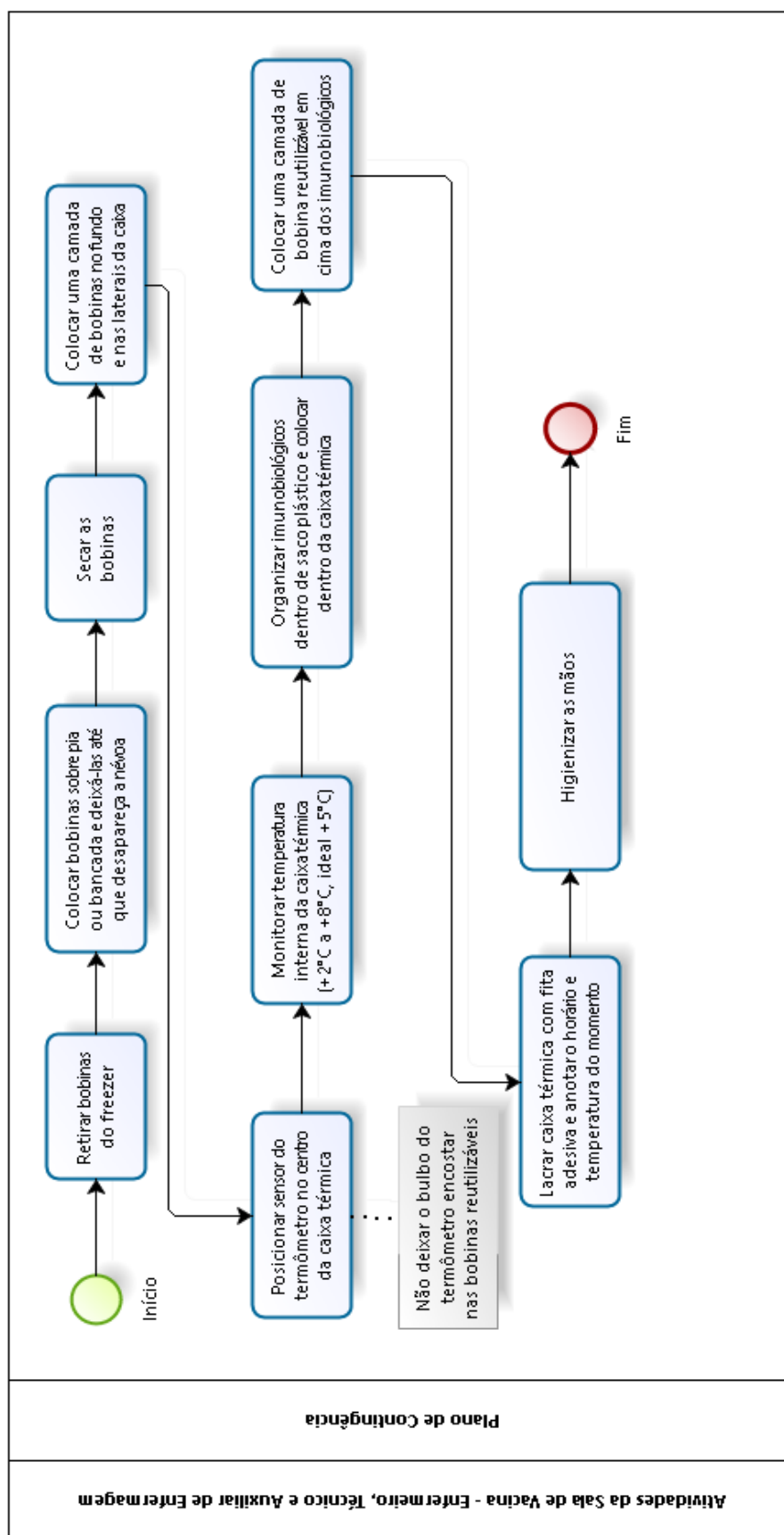
_____. Ministério da Saúde. **Manual de rede de frio / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013, página 77.

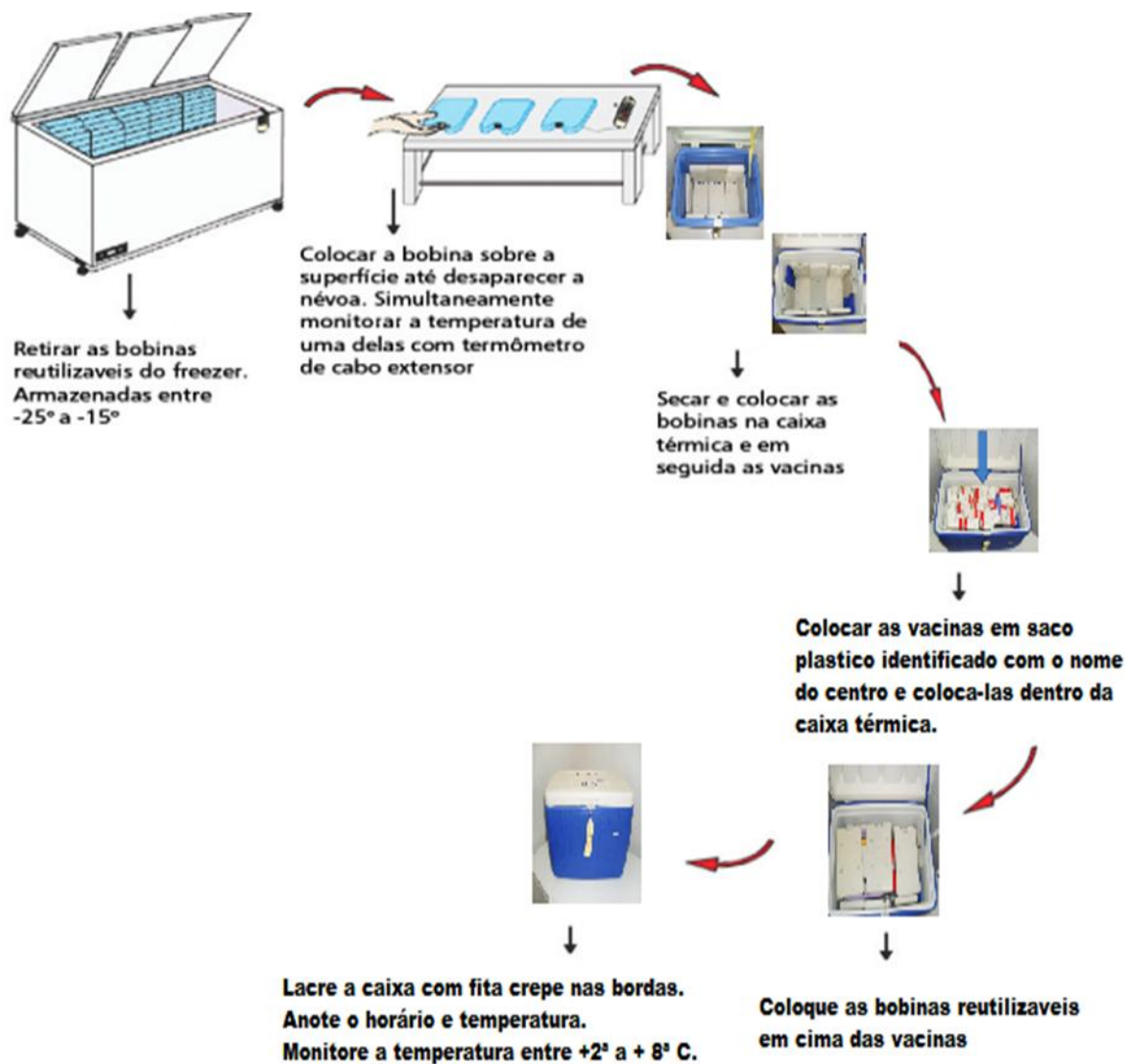
_____. Ministério da Saúde. **Manual de Rede de Frio - Orientações Técnicas para o planejamento arquitetônico e de engenharia na construção, reforma e ou ampliação das Centrais Estaduais de Rede de Frio**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, Coordenação Geral de Custos e Investimentos em Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

OLIVO, V. F.; PORTELA, O. T.; LANA, L. D. **Gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem: um estudo diagnóstico para subsidiar a instituição de padrões de qualidade no serviço hospitalar**. 2013. Disponível em: <<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0686.php>>. Acesso em: 31 out. 2016.



f) Fluxograma



ANEXO I - Figura I – Ambientação e Organização da Caixa Térmica

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.



ANEXO II – Formulário de Registro de Ocorrência em Imunobiológico



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações
SCS, Quadra 04, Edifício Principal, 2º andar – CEP: 70.304-000
Brasília/DF, CEP: 70.304-000
Tel. (061) 3213-8297

Formulário de Registro de Ocorrência em Imunobiológico (s)

Dados gerais:

Município: _____ UF: _____
 Data da ocorrência: _____
 A ocorrência foi em que instância:
 Central Municipal. Qual? _____
 Central Regional. Qual? _____
 Central Estadual () Outra. Especifique: _____
 Responsável pelo registro: _____
 Telefone de contato: (____) _____ Fax: (____) _____
 e-mail: _____
 Unidade: _____ Município: _____ UF: _____
 Data: ____/____/____

Tipo de ocorrência (Marcar com um X):

1) Desvio de qualidade

Parte 1 - Desvio de qualidade

1.1. Identificação do (s) imunobiológico(s)

Nome do imunobiológico	Laboratório produtor	Número do lote	Data do recebimento	Prazo de validade	Apresentação	Quantidade de frascos	Quantidade de doses	*FF (preencher conforme legenda abaixo)
					<input type="checkbox"/> unidose			
					<input type="checkbox"/> multidose			
					<input type="checkbox"/> unidose			
					<input type="checkbox"/> multidose			
					<input type="checkbox"/> unidose			
					<input type="checkbox"/> multidose			
					<input type="checkbox"/> unidose			
					<input type="checkbox"/> multidose			
					<input type="checkbox"/> unidose			
					<input type="checkbox"/> multidose			
					<input type="checkbox"/> unidose			
					<input type="checkbox"/> multidose			
					<input type="checkbox"/> unidose			
					<input type="checkbox"/> multidose			

*FF = Forma Farmacêutica: a) Pó liofilizado injetável + suspensão injetável; b) Suspensão injetável; c) Pó liofilizado + diluente; d) Solução injetável; e) Outro, especifique: _____



1.2. Tipos de desvio de qualidade (marcar com um X):

Alterações organolépticas

- Mudanças de coloração
 Mudanças de odor
 Mudanças de sabor
 Turbidez

Alterações físico-químicas

- Precipitação
 Dificuldades de solubilização (pó lúfilo)
 Dificuldades de homogeneização
 Formação de gases

Embalagem

- Falta de informações no rótulo
 Rótulo com pouca adesividade ao material de embalagem
 Troca de rótulo
 Rachaduras no material de acondicionamento
 Bolhas no material de acondicionamento
 Vazamento do frasco
 Violação do lacre

Alterações gerais

- Partículas estranhas
 Troca do conteúdo
 Temperatura de conservação diferente da definida na bula. Preencher também: 1.3; 1.4.
 Outro, especifique: _____

1.3. Instrumento de medição de temperatura (marcar com um X):

- Termômetro de momento, máxima e mínima digital com cabo extensor
 Termômetro de infravermelho com mira a laser
 Termômetro analógico de momento, máxima e mínima
 Termômetro de registro gráfico
 Data loggers
 Registrador eletrônico frigorífico
 Indicador de congelamento
 Outro, especifique: _____

Data da última calibração: ___/___/___.

1.4. Descrição da ocorrência:

Última data e hora em que se verificou a temperatura recomendada: data ___/___/___ às _____ horas

Temperatura mínima: _____ Temperatura máxima: _____ Temperatura momento: _____

Período da ocorrência: de ___/___/___ às ___hs___ min até ___/___/___ às ___hs___ min.

 Dia útil () Final de semana () Feriado

Temperatura mínima: _____ Temperatura máxima: _____ Temperatura momento: _____

Congelamento sim () não

Motivo:

 Falta de energia () Falha no transporte () Procedimento inadequado () Outros motivos Falha no equipamento: () gerador; () geladeira; () outro, especifique: _____

Os produtos já haviam sofrido alterações de temperatura anteriores (fora do recomendado)?

 Sim () Não () Ignorado

Caso sim, especificar a temperatura e data: _____



1.5. Conduta adotada frente à ocorrência:

- Identificação e segregação
- Bloqueio para utilização no sistema
- Recolhimento dos imunobiológicos
- Transferência para a Rede de Frio

1.6. Informações complementares:

ANEXO III – Orientação dos Contatos dos Responsáveis pela UBS**ATENÇÃO**

Sr. Vigilante,

Em caso de alteração nos refrigeradores da sala de vacina, tal como alarme sonoro, luzes e/ou falta de energia elétrica por período superior a 10 minutos contatar imediatamente o responsável, através dos telefones:

Não sendo localizado nenhum dos listados acima avisar imediatamente ao plantonista responsável. Ressalte-se que os imunobiológicos (vacinas) são sensíveis à alteração de temperatura e, por isso, as salas de vacinas devem ser constantemente monitoradas.

NOME/ASSINATURA/MATRÍCULA
CARGO



Procedimento Operacional Padrão

8.1 Sonda Nasogástrica

Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Aplicar ou reposicionar a sonda para drenar conteúdo gástrico para decompressão e ou coleta de material para exames; realizar lavagem gástrica; administrar medicação e/ou alimentos.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsável

Enfermeiro

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos

5. Materiais

- Sonda nasogástrica (tamanho de acordo com a indicação);
- Seringa de 20 ml;
- Cloridrato de lidocaína geleia;
- Estetoscópio;
- Luvas de procedimento;
- Máscara descartável;
- Óculos de acrílico;
- Embalagem de gazes;
- Cuba rim ou bandeja;
- Fita adesiva para fixação;
- Lenços de papel;
- Espátula;
- Caso a sonda nasogástrica seja aberta adicione extensão e saco coletor.

6. Descrição do Procedimento

- a) Identificar o paciente;
- b) Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;



- c) Higienizar as mãos;
- d) Verificar a prescrição/indicação da sondagem nasogástrica;
- e) Avaliar a permeabilidade das narinas, fazer com que o paciente feche cada narina alternadamente e respire, examinar permeabilidade e a condição da pele de cada narina;
- f) Verificar reflexo de vômito, colocar espátula na boca do paciente, tocando a úvula para induzir este reflexo;
- g) Revisar na história clínica do paciente a presença de problemas nasais;
- h) Revisar na prescrição médica tipo de sonda e finalidade;
- i) Auscultar ruídos hidroaéreos;
- j) Higienizar as mãos;
- k) Reunir e organizar todo o material necessário;
- l) Explicar o procedimento ao paciente e como comunicar-se durante o procedimento levantando a mão para indicar vômito ou desconforto;
- m) Ficar do lado da maca em que estiver a narina de inserção e ajudar o paciente a assumir uma posição Fowler elevada (90%), a menos que contraindicado, colocar um travesseiro atrás da cabeça e dos ombros;
- n) Manter lenços de papel ao alcance;
- o) Colocar EPI;
- p) Verificar o uso de próteses dentárias móveis, solicitando o paciente a retirá-las;
- q) Avaliar obstrução nasal e desvio de septo;
- r) Higienizar a narina com solução fisiológica se necessário;
- s) Delimitar o comprimento da sonda a ser inserida medindo a distância da ponta do nariz ao lobo da orelha até a base do processo xifoide do esterno e acrescentar à medida dois dedos, marcar com esparadrapo;
- t) Lubrificar a sonda, utilizando gaze e lidocaína geleia; solicitar ao paciente que flexione ligeiramente a cabeça;
- u) Quando possível, solicitar a colaboração do paciente, pedindo que faça movimentos de deglutição;
- v) Continuar introduzindo a sonda, acompanhando os movimentos de deglutição do paciente até a marcação;
- w) Tomar as medidas para verificar a colocação da sonda: ASPIRAR com a seringa o conteúdo gástrico pela sonda;
- x) Aspirar ar na seringa e em seguida injetar na sonda, de modo a auscultar o ar na cavidade gástrica com o estetoscópio;
- y) Confirmada a localização da sonda, proceder com a fixação;



- z) Fixar adicionalmente na face, do mesmo lado da narina utilizada, com fita adesiva fina;
- aa) Manter sonda fechada ou aberta conforme a indicação da prescrição;
- bb) Recolher todo o material, deixando o ambiente em ordem e encaminhar ao expurgo;
- cc) Remover as luvas e lavar as mãos;
- dd) Inspeccionar a narina e a orofaringe quanto a sinais de irritação após a inserção;
- ee) Perguntar se o paciente sente-se confortável;
- ff) Observar a presença de dificuldades respiratórias, tosse ou ânsia de vômito;
- gg) Auscultar os sons pulmonares;
- hh) Auxiliar o paciente a ficar em uma posição confortável;
- ii) Fazer a higiene das mãos novamente;
- jj) Fazer o registro no prontuário do paciente e/ou relatórios de produção.

7. Observação

As sondas não deverão estar geladas ou congeladas.

8. Referências

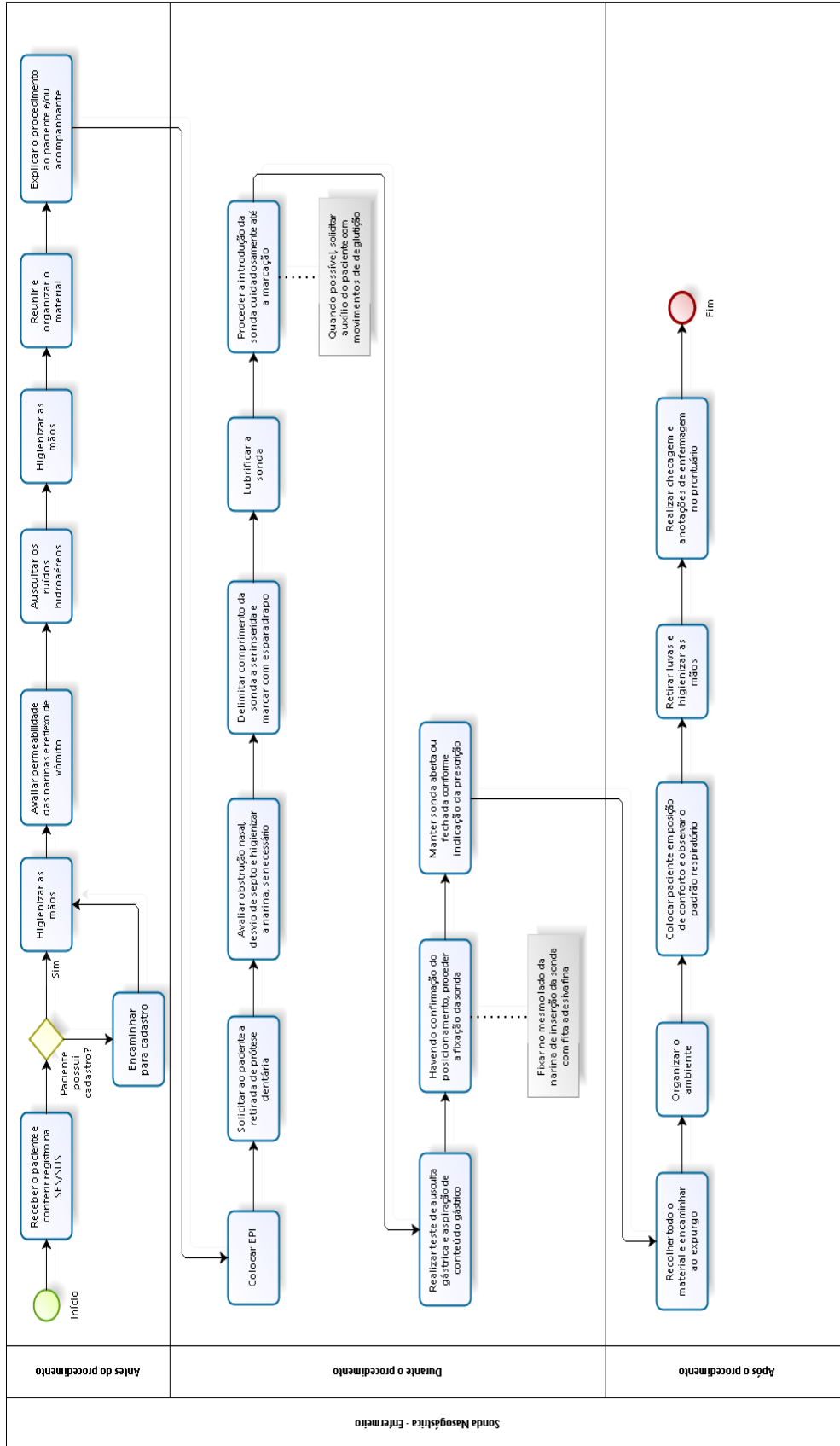
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. Vol. II. 8º ed.: Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2013.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA. **Manual do curativo**. Disponível em: <http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih_manual_de_curativos.pdf> Acesso em: 28/03/2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.



9. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão**8.2 Sonda Vesical de Demora****Área (s): COAPS/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.

1. Objetivo

Padronizar e melhorar o processo de introdução de um cateter pela uretra até a bexiga para fins diagnósticos ou tratamento.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsável

Enfermeiro

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos

5. Materiais

- Bandeja de cateterismo vesical;
- Sonda tipo Foley;
- Bolsa coletora sistema fechado;
- Antisséptico (Ex. PVPI tópico);
- Gel hidrossolúvel (tipo Lidocaína);
- Luvas de procedimento e 02 pares de luvas estéreis;
- 2 ampolas de água destilada;
- Seringa 20 ml (2 em caso de masculino);
- Agulha 40x12;
- EPI necessário;
- Fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo.

6. Descrição do Procedimento

- a) Conferir prescrição médica;
- b) Reunir o material e levá-lo até a sala de procedimentos;
- c) Apresentar-se, conferir nome completo, explicar o procedimento;
- d) Promover a privacidade do paciente;
- e) Higienizar as mãos;



- f) Posicionar o paciente:
- g) Feminino – posição dorsal, supino com joelhos flexionados;
- h) Masculino – posição dorsal;
- i) Calçar luvas de procedimento e realizar higiene íntima rigorosa com água e sabão (em caso de paciente dependente). Orientar higienização prévia ao paciente independente;
- j) Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- k) Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais descartáveis (sonda de Foley, seringas, agulha, gazes estéreis e sistema coletor fechado);
- l) Calçar luvas estéril;
- m) Adaptar sonda tipo Foley ao coletor de urina sistema fechado;
- n) Com auxílio de outro profissional, colocar o gel hidrossolúvel em uma seringa de 20 ml (se paciente masculino) e colocar água destilada na seringa;
- o) Testar o cuff (balonete) com a seringa com água destilada;
- p) Realizar a antisepsia do meato uretral:
- q) Feminino: com a mão não dominante, retrair os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento. Usando a pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas em solução antisséptica e limpar a área do períneo, limpando da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Com uma nova gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato urinário.
- r) Masculino: retrair o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande. Manter a mão não dominante na posição ao longo do procedimento. Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir a limpeza três vezes usando uma gaze limpa a cada vez;
- s) Retirar as luvas;
- t) Higienizar as mãos;
- u) Colocar novo par de luvas estéreis;
- v) Posicionar o campo fenestrado sobre genitália;
- w) Lubrificar a sonda com o gel hidrossolúvel. No homem poderá ser injetado o gel diretamente na uretra por meio de seringa de 20 ml;
- x) Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina. Quando masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do pênis;
- y) Insuflar o balonete com água destilada, observando volume previsto na própria sonda;
- z) Tracionar delicadamente a sonda observando que seu posicionamento fique junto ao colo vesical e fixar na face interna da coxa em caso de mulher e na área supra púbica no homem (de modo a não correr o risco de tração);



- aa) Reposicionar o prepúcio e remover o excesso de antisséptico da área do meato;
- bb) Identificar o coletor com data, hora e nome do profissional responsável pelo procedimento;
- cc) Lavar e secar a área perineal conforme necessário;
- dd) Organizar e encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- ee) Retirar luvas e higienizar as mãos;
- ff) Checar e registrar o procedimento no prontuário anotando as características da urina drenada.

7. Recomendações/Observações

- a) As sondas mais utilizadas para cateterismo vesical: adolescentes (nº 10 ou 12), adultos (nº 14 ou 16), gestantes (nº 14) conforme a anatomia do meato uretral do paciente.
- b) Em caso de sangramento ou resistência à introdução da sonda, interromper o procedimento e comunicar ao médico.
- c) Para a retirada da sonda, desinsuflar o balonete e clampear a sonda antes de retirá-la.
- d) O sistema de drenagem deve ser obrigatoriamente fechado e trocado toda a vez que for manipulado inadequadamente.
- e) O intervalo de troca deverá seguir a orientação e protocolo da equipe de controle de infecção hospitalar de referência da unidade.

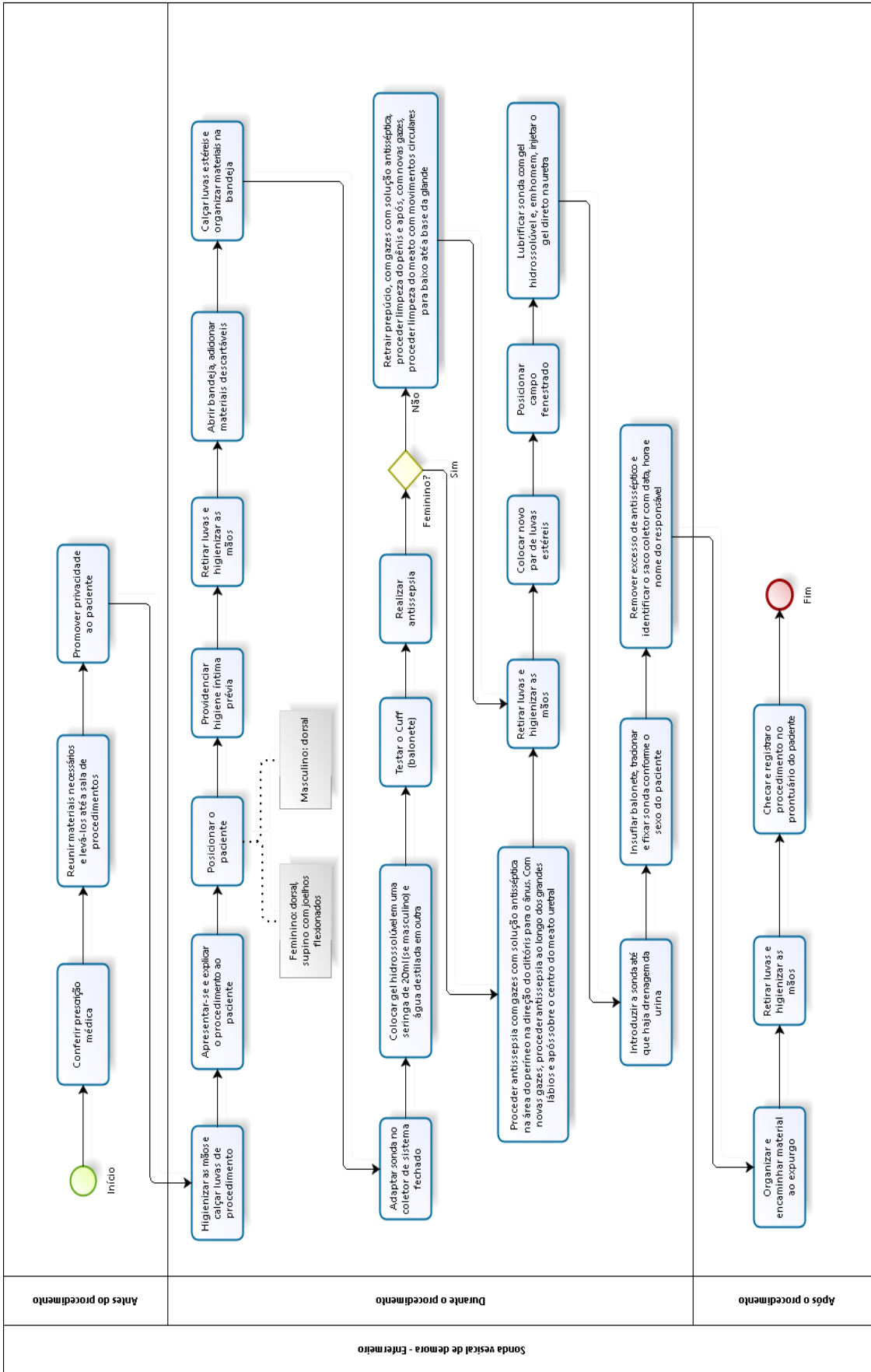
8. Referências

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. Vol. II. 8º ed.: Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2013.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA. **Manual do curativo**. Disponível em: <http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih_manual_de_curativos.pdf> Acesso em: 28/03/2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.





1. Objetivo



Padronizar e melhorar o processo de introdução de um cateter pela uretra até a bexiga para fins de esvaziamento vesical ou diagnóstico.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsável

Enfermeiro

4. Local de Aplicação

Sala de procedimentos

5. Materiais

- Bandeja de cateterismo vesical;
- Sonda uretral (tipo nelaton);
- Saco coletor sistema aberto;
- Antisséptico;
- Gel hidrossolúvel (tipo lidocaína);
- Luvas de procedimento e 02 pares de luvas estéreis;
- Seringa 20 ml;
- EPI necessário.

6. Descrição do Procedimento

- a) Conferir prescrição médica;
- b) Reunir o material e levá-lo até a sala de procedimentos;
- c) Apresentar-se, conferir nome completo, explicar o procedimento;
- d) Promover a privacidade do paciente;
- e) Higienizar as mãos;
- f) Posicionar o paciente:
- g) Feminino – posição dorsal, supino com joelhos flexionados;
- h) Masculino – posição dorsal;
- i) Calçar luvas de procedimento e realizar higiene íntima rigorosa com água e sabão (em caso de paciente dependente). Orientar higienização prévia ao paciente independente;
- j) Retirar luvas de procedimento e higienizar as mãos;
- k) Abrir a bandeja de cateterismo e adicionar os materiais descartáveis (sonda uretral, seringa de 20 ml, gazes estéreis e sistema coletor aberto);
- l) Calçar luvas estéril;
- m) Com auxílio de outro profissional, colocar o gel hidrossolúvel em uma seringa de 20 ml (se paciente masculino);
- n) Realizar a antisepsia do meato uretral:



- o) Feminino: com a mão não dominante, retraindo os grandes lábios e manter a posição ao longo do procedimento. Usando a pinça na mão dominante, pegar gazes estéreis saturadas em solução antissépticas e limpar a área do períneo, limpando da frente para trás do clitóris na direção do ânus. Com uma nova gaze para cada área, limpar ao longo da dobra dos grandes lábios e diretamente sobre o centro do meato urinário.
- p) Masculino: retraindo o prepúcio com a mão não dominante, segurar o pênis abaixo da glande. Manter a mão não dominante na posição ao lado do procedimento. Com a mão dominante, pegar uma gaze com a pinça e limpar o pênis. Fazer movimento circular do meato uretral para baixo até a base da glande. Repetir a limpeza três vezes usando uma gaze limpa a cada vez.
- q) Retirar as luvas;
- r) Higienizar as mãos;
- s) Colocar novo par de luvas estéreis;
- t) Posicionar o campo fenestrado sobre genitália;
- u) Lubrificar a sonda com o gel hidrossolúvel. No homem poderá ser injetado o gel diretamente na uretra por meio de seringa de 20 ml;
- v) Introduzir a sonda delicadamente no meato uretral até observar a drenagem de urina. Quando masculino, levantar o pênis na posição perpendicular ao corpo do pênis;
- w) Ao observar o retorno de urina, clampar a sonda e conectá-la ao sistema coletor aberto, liberando a drenagem vesical em seguida;
- x) Ao término da drenagem vesical, retirar a sonda cuidadosamente;
- y) Observar volume drenado para anotação;
- z) Reposicionar o prepúcio e remover o excesso de antisséptico da área do meato;
- aa) Lavar e secar a área perineal conforme necessário;
- bb) Organizar e encaminhar o material utilizado ao expurgo;
- cc) Retirar luvas e higienizar as mãos;
- dd) Checar e registrar o procedimento no prontuário anotando as características da urina drenada.

7. Recomendações/Observações

- a) As sondas uretrais mais utilizadas para cateterismo vesical de alívio nº 10 ou 12 conforme a anatomia do meato uretral do paciente adulto, em crianças nº8 ou menor dependendo da idade e anatomia.
- b) Em caso de sangramento ou resistência à introdução da sonda, interromper o procedimento e comunicar ao médico.

8. Referências



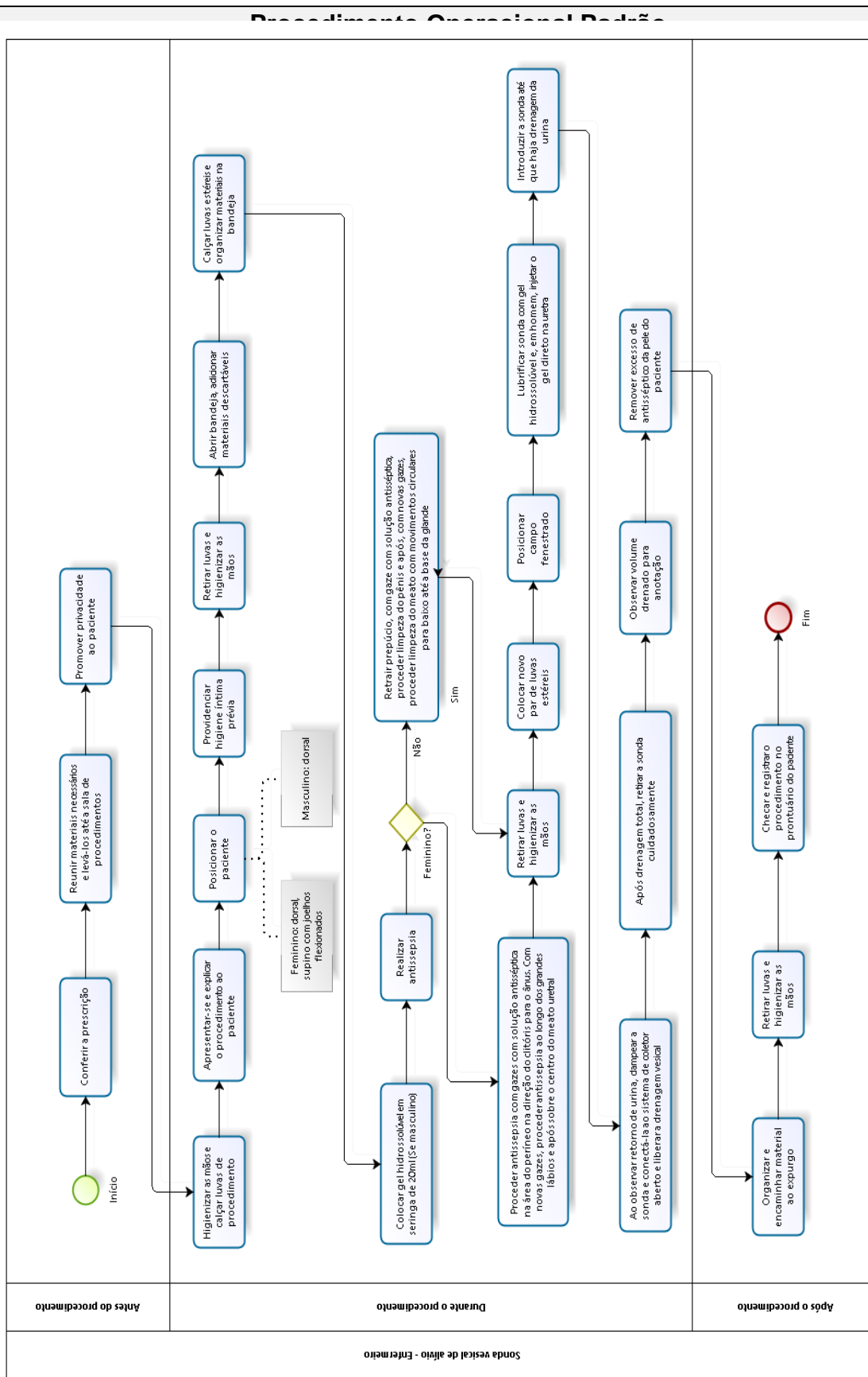
POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos da Enfermagem**. Vol. II. 8^o ed.: Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2013.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE GOIÂNIA. **Manual do curativo**. Disponível em: <http://www.santacasago.org.br/rotinas/ccih_manual_de_curativos.pdf> Acesso em: 28/03/2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DF. **Manual de Procedimentos de Enfermagem**. Brasília, 2013. 228 p.



9. Fluxograma



Padronizar o procedimento de notificação compulsória de dengue com vistas a observar o comportamento epidemiológico de casos notificados para adoção de medidas de controle, evitando a disseminação da doença.

2. Definições de caso de dengue:

- **Caso suspeito de dengue** - Pessoa que viva em área onde se registram casos de dengue, ou que tenha viajado nos últimos 14 dias para área com ocorrência de transmissão de dengue (ou presença de *Aedes aegypti*). Deve apresentar febre, usualmente entre dois e sete dias, e duas ou mais das seguintes manifestações:

- ✓ Náusea, vômitos;
- ✓ Exantema;
- ✓ Mialgias, artralgia;
- ✓ Cefaleia, dor retro orbital;
- ✓ Petéquias;
- ✓ Prova do laço positiva (vide POP Prova do Laço);
- ✓ Leucopenia.

Também pode ser considerado caso suspeito toda criança proveniente de (ou residente em) área com transmissão de dengue, com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias, e sem foco de infecção aparente.

- **Caso suspeito de dengue com sinais de alarme** -É todo caso de dengue que, no período de defervescência da febre (diminuição), apresenta um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- ✓ Dor abdominal intensa e contínua, ou dor a palpação do abdome;
- ✓ Vômitos persistentes;
- ✓ Acumulação de líquidos (ascites, derrame pleural, derrame pericárdico);
- ✓ Sangramento de mucosa;
- ✓ Letargia ou irritabilidade;
- ✓ Hipotensão postural e/ou lipotímia;
- ✓ Hepatomegalia maior do que 2 cm;
- ✓ Aumento progressivo do hematócrito.

- **Caso suspeito de dengue grave** - É todo caso de dengue que apresenta um ou mais dos resultados a seguir:

- ✓ Choque devido ao extravasamento grave de plasma evidenciado por taquicardia, extremidades frias e tempo de enchimento capilar igual ou maior a 3 segundos, pulso débil ou indetectável, pressão diferencial convergente ≤ 20 mmHg; hipotensão arterial em fase tardia, acumulação de líquidos com insuficiência respiratória;



- ✓ Sangramento grave, segundo a avaliação do médico (exemplos: hematêmese, melena, metrorragia volumosa, sangramento do sistema nervoso central);
- ✓ Comprometimento grave de órgãos, tais como: dano hepático importante (AST/ALT>1.000), sistema nervoso central (alteração da consciência), coração (miocardite) ou outros órgãos.
- **Confirmação** - É todo caso suspeito de dengue confirmado laboratorialmente (sorologia IgM, NS1 - teste rápido ou ELISA, isolamento viral, PCR, imuno-histoquímica). No curso de uma epidemia, a confirmação pode ser feita por meio de critério clínico-epidemiológico (caso no qual o paciente teve contato com um ou mais pessoas que têm/tiveram a doença), exceto nos primeiros casos da área (raio de 300m, distância percorrida no deslocamento do vetor), que deverão ter confirmação laboratorial. Os casos graves devem ser preferencialmente confirmados por laboratório (sorologia IgM, NS1 - teste rápido ou ELISA, isolamento viral, PCR, imuno-histoquímica). Na impossibilidade de realização de confirmação laboratorial específica, considerar confirmação por vínculo epidemiológico com um caso confirmado laboratorialmente.
- **Descartado** - Todo caso suspeito de dengue que possui um ou mais dos critérios a seguir:
 - ✓ Diagnóstico laboratorial negativo (sorologia IgM). Deve-se confirmar se as amostras foram coletadas no período adequado;
 - ✓ Tenha diagnóstico laboratorial de outra entidade clínica;
 - ✓ Seja um caso sem exame laboratorial, cujas investigações clínica e epidemiológica são compatíveis com outras doenças.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Responsáveis

Profissionais de saúde

5. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

6. Materiais

- Ficha de notificação/investigação de dengue (modelo ANEXO);
- Caneta esferográfica;
- Computador;
- Acesso à internet;
- Acesso ao programa do SINAN.

7. Descrição do Procedimento

- a) Notificar todo caso suspeito e/ou confirmado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica;



- b) Informar a equipe de controle vetorial local, para a adoção das medidas necessárias ao controle vetor;
- c) Preencher de forma manuscrita o formulário de notificação do SINAN todos os campos (1 a 30) conforme instrução de preenchimento da ficha de investigação (ANEXO);
- d) Registrar a notificação no SINAN online através da ficha de notificação/investigação específica da dengue. Na ausência do formulário de notificação do SINAN em papel, realizar a notificação por outros meios de comunicação contendo: 1. Nome do paciente, 2. Nome do agravo, 3. Endereço de residência do paciente, 4. Nome e contato do notificante, 5. Data da notificação, 6. Data do início dos sintomas;
- e) Digitar no SINAN em até 24h os casos de dengue com sinais de alarme ou grave e em até 7 dias os casos de dengue clássica.

8. Recomendações/Observações

- a) Coletar oportunamente amostra de sangue, até o 5º dia do início dos sintomas para diagnóstico virológico (isolamento viral);
- b) Coletar oportunamente amostra de sangue, a partir do 6º dia do início dos sintomas para diagnóstico sorológico (detecção de anticorpos IgM, coleta ideal no 14º dia);
- c) Em casos identificados e que houverem necessidade, encaminhar o paciente para assistência especializada.
- d) Encaminhar o paciente suspeito ao laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-DF) para confirmação, quando indicado.
- e) Consultar o paciente sobre a existência de outras pessoas com sintomas semelhantes, vizinhança, trabalho, escola ou outros espaços comunitários.
- f) Notificações advindas de representantes institucionais, segundo legislação vigente, devem ser notificadas e investigadas.

9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Volume único. 1ª edição atualização. Brasília – DF. 2016.

LAGUARDIAI, J; PENNAII, M.L. **Definição de caso e vigilância epidemiológica** Inf. Epidemiol. Sus v.8 n.4 Brasília dez. 1999.



ANEXO – Ficha Notificação SINAN

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravado/enferma 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/>	Código (CID10) A 90 A 92	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorado 5-Não 6-Não se aplica 8-Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Preta 5-Indígena 8-Ignorado
	14 Escolaridade 3-Atéletado 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Perturbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados clínicos e laboratoriais			
	Imv.	31 Data da Investigação	32 Ocupação	
Dados clínicos	33 Sinais clínicos 1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital			
	34 Doenças pré-existentis 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica			
Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Chikungunya		Exame PRNT	
	35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)	36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)	37 Data da Coleta	38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado
	Sorologia (IgM) Dengue		Exame NS1	
	39 Data da Coleta	40 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado	41 Data da Coleta	42 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado
	43 Isolamento Data da Coleta		44 Resultado 1- Positivo 2- Negativo - Inconclusivo 4- Não Realizado	
	45 RT-PCR Data da Coleta		46 Resultado 1- Positivo 2- Negativo - Inconclusivo 4- Não Realizado	
47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		48 Histopatologia <input type="checkbox"/> 1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não realizado		
		49 Imunohistoquímica <input type="checkbox"/> 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		

Chikungunya/Dengue

Sinan Online

SVS 14/03/2016



Procedimento Operacional Padrão

9.2 Notificação Compulsória de Chikungunya (CHIKV)

Área (s): COAPS/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

1. Objetivos

Padronizar o procedimento de notificação compulsória para detecção precoce dos casos e o local provável de infecção (LPI) com vistas a reduzir a magnitude de ocorrência de febre de CHIKV por meio da identificação precoce de áreas com maior probabilidade de ocorrência de casos, e orientar ações integradas de prevenção, controle e organização dos serviços de saúde.

Fornecer indicadores entomológicos e epidemiológicos que apoiem a definição de grupos e áreas prioritárias de intervenção.

2. Definições de caso de CHIKV:

- **Caso suspeito** – Paciente com febre de início súbito, acima de 38,5°C, e artralgia ou artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, sendo residente (ou tendo visitado) áreas endêmicas ou epidêmicas até duas semanas antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.
- **Caso confirmado** - caso suspeito com um dos seguintes parâmetros laboratoriais nos testes específicos para diagnóstico de CHIKV:
 - ✓ Isolamento viral positivo;
 - ✓ Detecção de RNA viral por reação da transcriptase reversa (RT-PCR);
 - ✓ Sorologia IgM em uma única amostra de soro (coletada durante a fase aguda ou convalescente);
 - ✓ PRNT positivo para o CHIKV em uma única amostra de soro (coletada durante a fase aguda ou convalescente).
- **Óbito** - Investigar todo óbito de caso suspeito ou confirmado de CHIKV, visando identificar as causas e propor intervenções que evitem novos óbitos. Esta investigação deve ser iniciada imediatamente após a ocorrência do óbito. Devem ser coletadas todas as informações do prontuário em todos os serviços de saúde nos quais o paciente foi atendido. Além disso, deve-se realizar investigação junto aos familiares, para preenchimento das informações do atendimento prestado ao paciente nos serviços de



saúde, bem como do estado de saúde do indivíduo antes do adoecimento por CHIKV. O objetivo da investigação é identificar possíveis causas associadas à organização dos serviços de saúde ou a gravidade da doença que levou ao óbito, assim como descartar outras doenças ou agravos. O óbito por febre de *chikungunya* é um evento raro e precisa ser exaustivamente investigado, sendo necessária confirmação laboratorial.

- **Caso descartado-** Todo caso suspeito de febre *chikungunya* que possui um ou mais dos critérios a seguir:
 - ✓ Diagnóstico laboratorial específico negativo (dois resultados negativos em amostras pareadas de IgM) desde que se comprove que as amostras tenham sido coletadas oportunamente e transportadas adequadamente;
 - ✓ Possuir diagnóstico laboratorial de outra enfermidade;
 - ✓ Seja um caso suspeito sem exame laboratorial, cuja investigação clínica e epidemiológica seja compatível com outras doenças.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Responsáveis

Profissionais de saúde

5. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

6. Materiais

- Ficha de notificação/investigação da dengue/chikungunya (modelo ANEXO);
- Caneta esferográfica;
- Computador;
- Acesso à internet;
- Acesso ao programa do SINAN.

7. Descrição do Procedimento

- a) Preencher de forma manuscrita o formulário de notificação do SINAN todos os campos (1 a 30) conforme instrução de preenchimento da ficha de investigação (ANEXO);
- b) Registrar a notificação no SINAN online através da ficha de notificação/investigação específica da *chikungunya*. Na ausência do formulário de notificação do SINAN em papel, realizar a notificação por outros meios de comunicação contendo: 1. Nome do paciente, 2. Nome do agravo, 3. Endereço de residência do paciente, 4. Nome e contato do notificante, 5. Data da notificação, 6. Data do início dos sintomas;
- c) Investigar no LPI outros casos suspeitos, manifestações atípicas e óbitos;
- d) Colher e/ou solicitar amostras dos casos suspeitos encontrados e encaminhar ao laboratório de referência para confirmação;



- e) Informar a equipe de controle vetorial local, para a adoção das medidas necessárias ao controle vetor;
- f) Incluir os casos suspeitos encontrados no LPI, no SINAN em até 7 dias e encerrar os casos em até 60 dias.

7.1 Medidas de prevenção e controle

- a) Intensificar as orientações para controle do *Aedes aegypti*, principalmente a eliminação de criadouros do vetor nos domicílios, pontos estratégicos e áreas comuns;
- b) Participar das campanhas de limpeza urbana para eliminação de depósitos em áreas específicas em que a coleta de lixo não é regular, entre outras dentro do que compete a cada profissional.

8. Recomendações/Observações

- a) Coletar oportunamente amostra de sangue, até o 5º dia do início dos sintomas para diagnóstico virológico (isolamento viral).
- b) Coletar oportunamente amostra de sangue, a partir do 6º dia do início dos sintomas para diagnóstico sorológico (detecção de anticorpos IgM, coleta ideal no 14º dia);
- c) Em casos identificados e que houverem necessidade, encaminhar o paciente para assistência especializada.
- d) Encaminhar o paciente suspeito ao laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/DF) para confirmação, quando indicado.
- e) Levantar informações com o paciente sobre a existência de outras pessoas com sintomas semelhantes, vizinhança, trabalho, escola ou outros espaços comunitários.
- f) Notificações advindas de representantes institucionais, segundo legislação vigente, devem ser notificadas e investigadas.

9. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Volume único. 1ª edição atualização. Brasília – DF. 2016.



ANEXO – Ficha de Notificação SINAN

SINAN		
República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA Nº		
<p>Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de <i>Ae. aegypti</i> que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaléia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.</p>		
<p>Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.</p>		
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	
	2 Agravado/ença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/> Código (CID10) 3 Data da Notificação A 90 A 92	
	4 UF 5 Município de Notificação Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) Código 7 Data dos Primeiros Sintomas	
	8 Nome do Paciente 9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 11 Sexo 12 Gestante 13 Raça/Cor <small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small> <small>M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado</small> <small>1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional ignorada 5-Não 6-Não se aplica 9-Ignorado</small> <small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Preta 5-Indígena 9-Ignorado</small>	
14 Escolaridade 15 Número do Cartão SUS 16 Nome da mãe <small>0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica</small>		
Dados de Residência	17 UF 18 Município de Residência Código (IBGE) 19 Distrito	
	20 Bairro 21 Logradouro (rua, avenida,...) Código	
	22 Número 23 Complemento (apto., casa, ...) 24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2 26 Ponto de Referência 27 CEP	
	28 (DDD) Telefone 29 Zona 30 País (se residente fora do Brasil) <small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>	
	Dados clínicos e laboratoriais	
	31 Data da Investigação 32 Ocupação	
	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital	
34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica		
Dados laboratoriais	Sorologia (IgM) Chikungunya Exame PRNT 38 Resultado 35 Data da Coleta da 1ª Amostra (S1) 36 Data da Coleta da 2ª Amostra (S2) 37 Data da Coleta <small>1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado</small>	
	Sorologia (IgM) Dengue Exame NS1 42 Resultado 39 Data da Coleta 40 Resultado 41 Data da Coleta <small>1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado</small> <small>1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado</small>	
	Isolamento Exame RT-PCR 46 Resultado 43 Data da Coleta 44 Resultado 45 RT-PCR 46 Resultado <small>1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado</small> <small>1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado</small>	
	Sorotipo Histopatologia Imunohistoquímica 47 Sorotipo 48 Histopatologia 49 Imunohistoquímica <small>1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4</small> <small>1- Compatível 2-Incompatível 3- Inconclusivo 4- Não realizado</small> <small>1-Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado</small>	
	ChikungunyaDengue	
	Sinan Online	
SVS 14/03/2016		



Procedimento Operacional Padrão

9.3 Notificação Compulsória de Febre Amarela

Área (s): COAPS/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

1 . Objetivos

- Padronizar os procedimentos de notificação compulsória para febre amarela para detectar e tratar precocemente os casos suspeitos, visando:
- Analisar a situação epidemiológica da febre amarela periodicamente no Distrito Federal;
- Reduzir a incidência da febre amarela silvestre;
- Impedir a transmissão urbana;
- Monitorar a ocorrência de casos e surtos determinando a sua distribuição espacial e temporal;
- Implementar ações de prevenção e controle da febre amarela destinadas à população, segundo as peculiaridades de cada contexto;

2. Definição de casos de Febre Amarela

a) Caso suspeito: Indivíduo com quadro febril agudo (até 7 dias), de início súbito, acompanhado de icterícia e/ou manifestações hemorrágicas, residente em (ou procedente de) área de transmissão ou de locais com ocorrência de epizootia (doença que apenas ocasionalmente e se encontra em uma comunidade animal), confirmada em primatas, não humanos, ou isolamento de vírus em mosquitos vetores, nos últimos 15 dias, não vacinado contra febre amarela ou com estado vacinal ignorado.

b) Caso confirmado:

- Critério clínico-laboratorial -Todo caso suspeito que apresente pelo menos uma das seguintes condições:
 - ✓ Isolamento do vírus da febre amarela;
 - ✓ Detecção do genoma viral;
 - ✓ Detecção de anticorpos da classe IgM pela técnica de MAC-ELISA em indivíduos não vacinados ou com aumento de 4 vezes ou mais nos títulos de anticorpos pela técnica de inibição da hemaglutinação (IH), em amostras pareadas;
 - ✓ Achados histopatológicos com lesões nos tecidos compatíveis com febre amarela;



✓ Também será considerado caso confirmado o indivíduo assintomático ou oligossintomático, originado de busca ativa, que não tenha sido vacinado e que apresente sorologia (MAC-ELISA) positiva ou positividade por outra técnica laboratorial conclusiva para a febre amarela.

➤ Critério de vínculo epidemiológico - Todo caso suspeito de febre amarela que evoluiu para óbito em menos de 10 dias, sem confirmação laboratorial, em período e área compatíveis com surto ou epidemia em que outros casos já tenham sido confirmados laboratorialmente.

c) Caso descartado: Caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo, desde que comprovado que as amostras foram coletadas em tempo oportuno ou caso suspeito com diagnóstico confirmado de outra doença.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Responsáveis

Profissionais de saúde

5. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

6. Materiais

- Ficha de notificação/investigação da Febre Amarela (modelo ANEXO);
- Caneta esferográfica;
- Computador;
- Acesso à internet;
- Acesso ao programa do SINAN.

7. Descrição do Procedimento

- a) Realizar a notificação compulsória imediata, tanto a ocorrência de casos suspeitos isolados como a de surtos, para o desencadeamento das ações de vigilância epidemiológica e de controle. Deve-se assegurar que o fluxo de informação da suspeita alcance todos os níveis em até 24 horas;
- b) Preencher de forma manuscrita o formulário de notificação do SINAN todos os campos (1 a 30) conforme instrução de preenchimento da ficha de notificação;
- c) Registrar a notificação no SINAN online através da ficha de notificação/investigação específica da Febre Amarela;
- d) Realizar na ausência do formulário do SINAN em papel, a notificação por qualquer outro meio de comunicação que propicie no mínimo o registro de: 1. Nome do agravo, 2. Nome



do paciente, 3. Endereço de residência do paciente, 4. Nome e contato do notificante, 5. Data da notificação, 6. Data do início dos sintomas;

- e) Realizar a investigação epidemiológica de cada caso suspeito e/ou confirmado com base no preenchimento da ficha específica de investigação, visando determinar a forma e local provável de infecção (LPI), o que irá orientar a adoção de medidas adequadas de controle;
- f) Colher e/ou solicitar amostras dos casos suspeitos e encaminhar imediatamente ao laboratório LACEN-DF para confirmação. É de responsabilidade dos profissionais da vigilância epidemiológica e/ ou dos laboratórios regionais viabilizar, orientar ou mesmo proceder a coleta;
- g) Informar imediatamente a equipe de controle vetorial local para a adoção das medidas necessárias ao controle vetorial;
- h) Incluir os casos suspeitos no SINAN em até 7 dias, e encerrar os casos em até 60 dias;
- i) O encerramento da investigação de caso ocorre com as informações levantadas no prazo de 60 dias. O caso será encerrado com sua confirmação ou descarte, com definição do LPI e com os fatores determinantes relativos a infecção;
- j) As medidas de controle são a vacinação contra febre amarela e o controle vetorial.

g) Recomendações/Observações

- a) Coletar oportunamente amostra de sangue, até o 5º dia do início dos sintomas para diagnóstico virológico (isolamento viral).
- b) Coletar oportunamente amostra de sangue, a partir do 6º dia do início dos sintomas para diagnóstico sorológico (detecção de anticorpos IgM, coleta ideal no 14º dia).
- c) Em situações de surto, recomenda-se adequar a definição de caso suspeito, tornando-a mais sensível para detectar o maior número possível de casos, levando-se em conta o amplo espectro clínico da doença.
- d) Encaminhar o paciente para assistência.
- e) Encaminhar o paciente ao laboratório de referência para confirmação laboratorial.
- f) Verificar junto ao paciente ou seu responsável, se este possui informações referentes a existência de outras pessoas com sintomas semelhantes ou co-expostos no domicílio, vizinhança, trabalho, escola ou espaços comunitários.

h) Referência

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Volume único. 1ª edição atualização. Brasília – DF. 2016.



Procedimento Operacional Padrão

9.4 Notificação Compulsória de Leishmaniose Visceral (LV)

Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de notificação compulsória para LV, com vistas a reduzir as taxas de letalidade e grau de morbidade através do diagnóstico e tratamento precoce dos casos, além de diminuir os riscos de transmissão mediante controle da população de reservatórios e do agente transmissor.

2. Definições de caso de LV:

a) **Caso Suspeito:** Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia ou, todo indivíduo de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartado os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

b) **Caso Confirmado:**

➤ As infecções inaparentes ou assintomáticas são aquelas em que não há evidência de manifestações clínicas. O diagnóstico é feito através da coleta de sangue para exames sorológicos (imunofluorescência indireta/IFI ou *enzyme linked immuno sorbent assay/ELISA*), ou através da intradermorreação de Montenegro reativa.

➤ O critério clínico laboratorial deverá preencher no mínimo um dos seguintes critérios:

✓ Encontro do parasita nos exames parasitológicos direto e/ou cultura;

✓ Imunofluorescência reativa com título de 1:80 ou mais, desde que excluídos outros diagnósticos diferenciais.

➤ O critério clínico epidemiológico: Paciente da área com transmissão de LV, com suspeita clínica sem confirmação laboratorial, mas com resposta favorável. Todo o indivíduo com exame sorológico reagente e/ou parasitológico positivo, sem manifestações clínicas não devem ser notificados e nem tratados.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.



4. Responsáveis

Profissionais de saúde

5. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

6. Materiais

- i) Ficha de notificação/investigação de LV;
- j) Caneta esferográfica;
- k) Computador;
- l) Acesso à internet;
- m) Acesso ao programa do SINAN.

7. Descrição do Procedimento

7.1. Notificação

A Leishmaniose visceral humana é uma doença de notificação compulsória, portanto **todo caso suspeito deve ser notificado e investigado** pelos serviços de saúde através da ficha de investigação padronizada pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN. Todos os campos desta ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa. Preencher todos os campos dos itens da ficha do SINAN relativos aos dados gerais, notificação individual e dados de residência. A detecção de casos de Leishmaniose Visceral pode ocorrer através de:

- n) Demanda espontânea à unidade de saúde;
- o) Busca ativa de casos no local de transmissão;
- p) Visitas domiciliares dos profissionais do EACS e ESF;
- q) Encaminhamento de suspeitos, através da rede básica de saúde.

7.2 - Investigação

Os objetivos da investigação epidemiológica são:

- r) Identificar se o caso é autóctone ou importado. Os casos importados devem ser informados ao serviço de vigilância epidemiológica do município ou estado do local provável de infecção.
- s) Conferir se a área é endêmica ou se é um novo local de transmissão.
- t) Conhecer as características epidemiológicas do caso (idade e sexo).
- u) Realizar busca ativa de casos novos e caracterizá-los clínico e laboratorialmente.
- v) Orientar medidas de controle, conforme a situação epidemiológica e a classificação da área.

7.2.1 Roteiro de Investigação Epidemiológica



- a) Coleta de Dados Clínicos e Epidemiológicos: preencher os campos dos itens da ficha de investigação epidemiológica do SINAN, relativos aos antecedentes epidemiológicos, dados clínicos, laboratoriais e tratamento;
- b) Caracterização do local provável de infecção (LPI): estabelecer o possível local de infecção do caso, de acordo com a história epidemiológica e conhecimento de ocorrência de outros casos em períodos anteriores. A caracterização da área de transmissão é de fundamental importância para o processo de investigação e adoção de medidas e controle.
- c) No processo de caracterização do LPI deve-se:
 - i. Investigar se o paciente se deslocou, para áreas endêmicas, no período de até 6 meses anterior ao início dos sintomas;
 - ii. Se área nova de transmissão, caracterizar a espécie de Leishmania;
 - iii. Realizar busca ativa de casos humanos e caninos;
 - iv. Realizar levantamento entomológico, caso não tenha sido verificada a presença do vetor;
 - v. Conhecer as características ambientais, sociais e econômicas.

7.2.2 Encerramento do caso

Todos os casos devem ser encerrados no SINAN, no período máximo de 180 (cento e oitenta dias). Os serviços de vigilância epidemiológica deverão estar atentos para o encerramento de todos os casos suspeitos de leishmaniose visceral.

8. Recomendações/Observações

- a) Notificações advindas de representantes institucionais, segundo legislação vigente, devem ser notificadas e investigadas.
- b) É de extrema importância para a vigilância da leishmaniose visceral, tratar os casos confirmados e acompanhá-los durante toda a evolução clínica, conforme normas técnicas. Esta conduta visa reduzir a letalidade, recidiva, gravidade e outras complicações da doença e/ou toxicidade do medicamento. Ressalta-se a necessidade de estruturar o serviço para acompanhar os pacientes até a cura clínica.
- c) Em situações de pacientes que não comparecem as consultas agendadas durante o tratamento, e necessária a busca dos faltosos, utilizando estratégias locais. Esses dados após análise irão orientar a adoção de medidas de vigilância e controle. Vale ressaltar que estas informações também devem fazer parte do relatório da investigação do caso;
- d) Todos os casos suspeitos de óbitos por leishmaniose visceral devem ser investigados, objetivando a adoção de medidas que possam corrigir as deficiências e conseqüentemente reduzir a letalidade da leishmaniose visceral.



- e) As fontes de informações para a investigação e monitoramento dos óbitos podem ser: SINAN, Sistema de Mortalidade (SIM) e da notificação informal do serviço ou da comunidade.

9. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016.



Procedimento Operacional Padrão

9.5 Notificação Compulsória de Malária

Área (s): COAPS/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

1. Objetivos

Padronizar o procedimento de notificação compulsória de malária com vistas a reduzir a incidência e gravidade da malária por meio do diagnóstico e tratamento precoce dos casos além de diminuir os riscos de transmissão mediante o controle da população de reservatório e do vetor biológico.

2. Definições de casos de Malária

- a) **Caso suspeito:** Toda pessoa que seja residente ou tenha se deslocado para área onde haja transmissão de malária, no período de 8 a 30 dias anterior à data dos primeiros sintomas, e que apresente: FEBRE com os seguintes sintomas: calafrios, tremores generalizados, cansaço, mialgia, ou toda pessoa testada para malária durante investigação epidemiológica.
- b) **Caso confirmado:** O critério clínico laboratorial deverá preencher um dos critérios:
Toda pessoa cuja presença de parasito ou algum de seus componentes, tenha sido identificada no sangue pelo exame laboratorial. Coloração da lâmina: gota espessa, pelo método de Walker ou Giemsa; esfregaço, pelos métodos de Giemsa ou Wright.
- c) **Caso descartado:** Caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo para malária (sem a presença detectada do parasito). Quando houver forte evidência epidemiológica, repetir o exame em 24 ou 48 horas.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Responsáveis

Profissionais de saúde

5. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

6. Materiais

- w) Ficha de notificação/investigação de malária (modelo ANEXO);
- x) Caneta esferográfica;



- y) Computador;
- z) Acesso à internet;
- aa) Acesso ao programa do SINAN.

7. Descrição do Procedimento

- a) Identificar se o paciente apresentou ou não alguns sintomas;
- b) Verificar a data dos primeiros sintomas e confirmar a realização do diagnóstico laboratorial;
- c) Notificar, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando-se a Ficha de Investigação de malária;
- d) Realizar na ausência do formulário do SINAN em papel, a notificação por qualquer outro meio de comunicação que propicie no mínimo o registro de: 1. Nome do agravo, 2. Nome do paciente, 3. Endereço de residência do paciente, 4. Nome e contato do notificante, 5. Data da notificação, 6. Data do início dos sintomas;
- e) Fazer busca ativa de outros casos, cuja área de delimitação deve ser definida por critérios entomológicos e epidemiológicos;
- f) Identificar a área de transmissão (local provável da infecção) mediante entrevista com o paciente, familiares responsáveis e/ou pessoas da comunidade. Os dados serão registrados na ficha de notificação, permitindo identificar o local provável de infecção.

8. Recomendações/Observações

- a) Notificações advindas de representantes institucionais, segundo legislação vigente, devem ser notificadas e investigadas.
- b) A investigação epidemiológica de cada caso suspeito e/ou confirmado deverá ser realizada com base no preenchimento da ficha específica de investigação, visando determinar a forma e local provável de infecção (LPI), o que irá orientar a adoção de medidas adequadas de controle.

9. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia prático de tratamento da malária no Brasil**. Brasília, 2010. 36 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).



Procedimento Operacional Padrão**9.6 Notificação Compulsória de Hantavirose****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Padronizar os procedimentos de notificação compulsória dos casos de hantavirose com vistas a:

- a) Detectar precocemente casos e/ou surtos;
- b) Identificar fatores de risco associados à doença;
- c) Conhecer a história natural da Síndrome Cardiopulmonar pelo Hantavirose (SCPH) no Distrito Federal (DF);
- d) Identificar os vírus circulantes no DF;
- e) Conhecer a distribuição geográfica dos hantavírus no DF;
- f) Estudar a tendência da doença;
- g) Recomendar medidas de prevenção e controle.

2. Definição de casos de hantavirose**a) Caso suspeito – São considerados:**

- ✓ Paciente com quadro febril (acima de 38°C), mialgia, cefaleia, sinais e sintomas de insuficiência respiratória aguda de etiologia não determinada, na primeira semana da doença; ou
- ✓ Paciente com enfermidade aguda, apresentando quadro de insuficiência respiratória aguda, com evolução para óbito na primeira semana da doença; ou
- ✓ Paciente com quadro febril (acima de 38°C), mialgia, cefaleia e que tenha exposição a uma situação de risco, relacionado ou não a casos confirmados laboratorialmente.

b) Caso confirmado**➤ Critério laboratorial:**

- ✓ Sorologia reagente para anticorpos séricos específicos para hantavírus, ELISA (IgM em soro ou soro conversão por IgG).
- ✓ RT-PCR (polimerase com transcrição reversa) detectável para hantavírus.
- ✓ Imuno-histoquímica de órgãos.

➤ Critério clínico-epidemiológico:

✓ Indivíduo que tenha frequentado áreas conhecidas de transmissão de hantavírus ou tenha sido exposto à mesma situação de risco de pacientes confirmados laboratorialmente, nos últimos 60 dias, apresentando, obrigatoriamente, as seguintes alterações:

a) raio X de tórax com infiltrado intersticial bilateral nos campos pulmonares, com ou sem a presença de derrame pleural – que pode, quando presente, ser uni ou bilateral;

b) hematócrito maior que 45%; e

c) trombocitopenia (número de plaquetas menor que 150 mil/mm³).

c) Caso descartado - Todo caso suspeito que, durante a investigação, tenha diagnóstico confirmado laboratorialmente de outra doença ou que não preencha os critérios de confirmação acima definidos.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Responsáveis

Profissionais de saúde

5. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

6. Materiais

h) Ficha de notificação/investigação de hantavirose (modelo ANEXO);

i) Caneta esferográfica;

j) Computador;

k) Acesso à internet;

l) Acesso ao programa do SINAN.

7. Descrição do Procedimento

a) Iniciar, o mais precocemente possível a investigação dos casos suspeitos com vista a identificação do local provável de infecção e dos fatores que propiciaram a infecção;

b) Preencher de forma manuscrita preferencialmente o formulário do SINAN todos os campos conforme instrução de preenchimento da ficha de notificação;

c) Registrar a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio do preenchimento e envio da Ficha de Investigação de Hantavirose para Unidade de Saúde;

d) Notificar, na ausência do formulário do SINAN em papel, por qualquer outro meio de comunicação que propicie no mínimo o registro de: 1. Nome do paciente, 2. Nome do agravo, 3. Endereço de residência do paciente, 4. Nome e contato do notificante, 5. Data da notificação, 6. Data do início dos sintomas;



- e) Realizar a visita domiciliar, para detectar a existência de comunicantes (pessoas que coabitam/utilizam o mesmo espaço) e se estes apresentam sintomatologia;
- f) Fazer sorologia apenas dos comunicantes com sintomatologia sugestiva de SCPH. Em caso de confirmação, deverá ser colhido sangue para sorologia de todos os comunicantes;
- g) Observar as condições de habitação, a presença ou não de roedores no domicílio e peridomicílio, atividades de lavoura, presença de mata em torno da residência e outros.

7.1. Fatores importantes na investigação

- a) Devem ser investigadas situações de risco para infecção por hantavírus nos últimos 60 dias que precedem o início dos sintomas;
- b) Se houve contato direto e/ou viu roedor silvestre vivo ou morto ou seus vestígios (fezes, urina e/ou cheiro da urina, sangue, saliva, roeduras, pegadas, trilhas, manchas e outros sinais de roedores);
- c) Comunicar à vigilância ambiental local, situações como:
 - ✓ Presença de capim *Brachiaria* spp.;
 - ✓ Roças abandonadas, faixas de capim não ocupadas;
 - ✓ Mudança no perfil agrícola ou outros fenômenos naturais periódicos que alterem;
 - ✓ Disponibilidade de alimentos (grãos) para os roedores silvestres, como a frutificação de árvores nativas e a floração das taquaras;
 - ✓ Fatores ambientais que provoquem o deslocamento de roedores para as residências ou arredores, queimadas, enchentes, alagamentos, entre outros;
 - ✓ Alterações climáticas e fenômenos naturais periódicos com reflexos diretos na população de roedores;
 - ✓ Atividades ocupacionais realizadas em área rural ou silvestre (aragem, plantio ou colheita em campo, treinamento militar a campo e outros);
 - ✓ Transporte, armazenagem e moagem de grãos, arrumação ou manuseio de fardos de capim, lenha ou outros semelhantes;
 - ✓ Limpeza de celeiros ou outras construções (estufas, tulhas, paióis e silos) limpeza de maquinário agrícola;
 - ✓ Adentramento, repouso, descanso e/ou limpeza de residências ou qualquer tipo de habitação ocupada ou não, independentemente do período;
 - ✓ Atividades de lazer/turismo em locais rurais ou silvestres como caça, pesca, ecoturismo, treinamento militar e pesquisas científicas.

8. Recomendações/Observações

- a) Fazer coleta de sangue para sorologia em todos os casos suspeitos.



- b) Recomenda-se aos profissionais de saúde que usem máscaras de pressão negativa ou descartável, ambas com filtro PFF3, sempre que a investigação epidemiológica exigir que frequentem locais com suspeita de contaminação por hantavírus sejam ambientes fechados ou não.
- c) A prevenção é feita com a redução, ao máximo, de todos os resíduos que possam servir de proteção e abrigo para os roedores, eliminar todas as fontes de alimentação internas e externas às habitações, impedir o acesso dos roedores às casas e aos locais de armazenamento de grãos.
- d) Informar a população sobre os riscos de transmissão e ventilar bem os ambientes.

9. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância, prevenção e controle das hantaviroses**. Brasília, 2013.



Procedimento Operacional Padrão

9.7 Notificação Compulsória de Leptospirose

Área (s): COAPS/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

1. Objetivos

Padronizar os procedimentos de notificação compulsória de leptospirose, com vistas à:

- a) Conhecer o comportamento epidemiológico da doença;
- b) Reduzir a letalidade, mediante o diagnóstico e tratamento precoce;
- c) Monitorar a ocorrência de casos e surtos, assim como determinar a sua distribuição espacial e temporal;
- d) Identificar os sorovares (variedade de espécies de bactérias) circulantes em cada área;
- e) Implementar ações de prevenção e controle destinados a população, ao meio ambiente e reservatórios.

2. Definições de casos de Leptospirose

a) **Caso suspeito:** Indivíduo com febre, cefaleia e mialgia (principalmente na panturrilha), que apresente pelo menos um dos seguintes critérios:

Critério 1 - Antecedentes epidemiológicos sugestivos (exposição a situações de risco, vínculo epidemiológico com um caso confirmado por critério laboratorial ou residir/trabalhar em áreas de risco), nos 30 dias anteriores a data de início dos sintomas. Considera-se como antecedentes epidemiológicos: exposição a enchentes ou outras coleções hídricas potencialmente contaminadas como córregos, fossas, lagos e rios; exposição a esgoto, fossa ou manilhas de esgoto contaminadas com urina de roedores; atividades que envolvam risco ocupacional como coleta de lixo, limpeza de córregos, trabalho em água ou esgoto, tratadores de animais, entre outras; presença de animais infectados nos locais frequentados pelo paciente.

Critério 2 - Pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: sufusão conjuntival (hiperemia dos vasos conjuntivais), sinais de insuficiência renal aguda, icterícia e/ou aumento de bilirrubinas e fenômeno hemorrágico, e/ou Síndrome de Weil (alterações hepáticas, renais e vasculares).



b) Caso confirmado: Critério clínico-laboratorial - caso suspeito associado a um ou mais dos seguintes resultados de exames laboratoriais:

- ✓ Teste Elisa-IgM reagente, mais soroconversão na reação de microaglutinação (MAT) com duas amostras, entendida como uma 1ª amostra (fase aguda) não reagente e uma 2ª amostra (14 dias após a data de início dos sintomas com máximo de até 60 dias) com título maior ou igual a 200;
- ✓ Aumento de quatro vezes ou mais nos títulos da MAT, entre duas amostras sanguíneas coletadas com um intervalo de aproximadamente 14 dias após o início dos sintomas (máximo de 60 dias) entre elas;
- ✓ Quando não houver disponibilidade de duas ou mais amostras, um título maior ou igual a 800 na MAT confirma o diagnóstico;
- ✓ Isolamento do leptospira no sangue.

c) Critério Clínico-Epidemiológico - Todo caso suspeito com clara evidência de associação epidemiológica que apresente febre e alterações nas funções hepáticas, renal ou vascular que por algum motivo, não tenha coletado material para exames laboratoriais específicos. Em pacientes provindos de áreas rurais, o clínico deverá também considerar história clínica e antecedentes epidemiológicos para o fechamento do caso.

d) Casos descartados, quando a amostra colhida for a partir do 7º dia de início de sintomas:

- ✓ Teste de ELISA-IgM não reagente em amostra sanguínea;
- ✓ Se teste de ELISA- IgM REAGENTE ou INDETERMINADO fazer microaglutinação (MAT). Caso as duas reações de microaglutinação não reagentes (ou reagentes sem apresentar soroconversão nem aumento de 4 vezes ou mais nos títulos), com amostras sanguíneas coletadas a partir do primeiro atendimento do paciente e com intervalo de 2 a 3 semanas entre ela;
- ✓ O resultado NEGATIVO (não reagente) de qualquer exame sorológico específico para leptospirose (ELISA- IgM, MAT), com amostra sanguínea coletada antes do 7º dia do início dos sintomas, não descarta o caso suspeito. Outra amostra deverá ser coletada, a partir do 7º dia do início dos sintomas, para auxiliar na interpretação do diagnóstico.

Observação importante

Em casos de óbito: Detecção de DNA por PCR em amostra de sangue com anticoagulante, em pacientes que evoluíram para óbito antes do 7º dia do início dos sintomas. Quando o paciente for a óbito após o 7º dia do início dos sintomas:

- ✓ Não sendo possível coletar duas amostras avaliar o quadro e encerrar pelo critério clínico epidemiológico;



- ✓ Se uma amostra tiver sido coletada e apresentar título maior ou igual a 800, confirmar o caso;
- ✓ Imuno- histoquímica ou outras análises anátomo-patológicas coradas com tinta de prata positivas.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Profissionais de saúde

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Materiais

- f) Ficha de notificação/investigação de Leptospirose (modelo ANEXO);
- g) Caneta esferográfica;
- h) Computador;
- i) Acesso à internet;
- j) Acesso ao programa do SINAN.

6. Descrição do Procedimento

- a) Registrar a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), utilizando-se a Ficha de Investigação da Leptospirose;
- b) Realizar a investigação epidemiológica de cada caso suspeito e/ou confirmado com base no preenchimento da ficha específica de investigação, visando determinar a forma e local provável de infecção (LPI), o que irá orientar a adoção de medidas adequadas de controle. Preencher de forma manuscrita preferencialmente o formulário do SINAN todos os campos conforme instrução de preenchimento da ficha de notificação;
- c) Registrar a notificação no SINAN online através da ficha de notificação/investigação específica da dengue. Na ausência do formulário de notificação do SINAN em papel, realizar a notificação por outros meios de comunicação contendo: 1. Nome do paciente, 2. Nome do agravo, 3. Endereço de residência do paciente, 4. Nome e contato do notificante, 5. Data da notificação, 6. Data do início dos sintomas;

7. Medidas de prevenção

A prevenção da leptospirose pode ser feita por medidas individuais e coletivas especialmente antes e durante o período de chuvas;

- Medidas individuais: evitar ou reduzir a exposição a águas e solos potencialmente contaminados por leptospiras, assim como evitar o contato com animais potencialmente contaminados. Em caso de contato com animais potencialmente contaminados realizar o manuseio utilizando luvas e botas;



- Medidas coletivas: devem ser direcionadas aos reservatórios, à melhoria das condições de proteção dos trabalhadores expostos e das condições higiênico sanitárias da população, às medidas corretivas sobre o meio ambiente, diminuindo sua capacidade de suporte para a instalação e proliferação de roedores.

8. Recomendações/Observações

- a) Notificações advindas de representantes institucionais, segundo legislação vigente, devem ser notificadas e investigadas.
- b) Em caso de suspeita Leptospirose:
 - ✓ Coletar oportunamente sangue para sorologia, preferencialmente antes de tratamento antibiótico, ideal até o 7º dia do início dos sintomas;
 - ✓ Preencher a ficha de notificação e iniciar rapidamente a investigação do caso;
 - ✓ Verificar os locais de exposição potencial a roedores e a ocorrência de outros casos associados;
 - ✓ Coletar sangue para sorologia preferencialmente a partir do 7º dia do início dos sintomas (notificação de caso em situação de elevada gravidade redundando em precipitar o momento da coleta).
- c) Diante da notificação de óbito suspeito de Leptospirose recomendar enfaticamente a realização de necropsia, incluída a coleta de amostras de tecidos para testes especiais.
- d) As investigações de antecedentes epidemiológicos aliada ao diagnóstico clínico são componentes essenciais que permitem a detecção precoce dos casos suspeitos de leptospirose pelos serviços de saúde.

9. Referência

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Volume único. 1ª edição atualização. Brasília – DF, 2016.



Procedimento Operacional Padrão**9.8 Notificação Compulsória de Hanseníase****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Padronizar os procedimentos para a notificação compulsória de hanseníase com vistas a aprimorar, uniformizar e qualificar o atendimento integral à pessoa acometida pela hanseníase no âmbito da atenção básica, ambulatorial e/ou hospitalar.

2. Definição de casos de hanseníase:

a) Caso Suspeito: todo paciente com epidemiologia positiva e/ou que se enquadre no item a seguir:

- ✓ Lesão ou lesões de pele com alteração de sensibilidade;
- ✓ Acometimento de nervo (s) com espessamento neural.

b) Caso confirmado: Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais e que necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT):

- ✓ Lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou
- ✓ Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou
- ✓ Presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Responsáveis

Profissionais de saúde

5. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

6. Materiais

- a) Ficha de notificação/investigação da Hanseníase (modelo ANEXO);
- b) Caneta esferográfica;
- c) Computador;



- d) Acesso à internet;
- e) Acesso ao programa do SINAN.

7. Descrição do Procedimento

7.1 Notificação

- a) Notificar os casos diagnosticados, utilizando-se a ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por se tratar de uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória;
- b) Preencher a ficha de investigação (FI) e digitar no SINAN na semana epidemiológica do diagnóstico;
- c) Atualizar mensalmente o Boletim de Acompanhamento da Hanseníase que é um instrumento de monitoramento, para o acompanhamento e seguimento da evolução clínica dos doentes nas unidades de saúde.

7.2 Investigação

A realização da investigação deverá ser baseada nos seguintes pressupostos:

- a) Atender e acompanhar o paciente diagnosticado;
- b) Fazer busca ativa de novos casos;
- c) Fazer acompanhamento dos contatos do paciente.

7.3 Considerações importantes acerca dos contatos do paciente

- a) O atendimento da demanda espontânea ou a busca ativa de casos compreende o exame dermatoneurológico de pessoas suspeita de hanseníase, exames de indivíduos com dermatoses e/ou neuropatias periféricas e dos casos encaminhados por meio de triagem.
- b) A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com o caso novo de hanseníase diagnosticado (caso índice). Além disso, visa também descobrir suas possíveis fontes de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social), independentemente de qual seja a classificação operacional do doente— paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB).
- c) Considera-se contato domiciliar toda pessoa que resida ou tenha residido com o doente. Contato social é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada.
- d) Os contatos sociais, incluem vizinhos, colegas de trabalho, de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado. Atenção especial deve ser dada aos contatos familiares do paciente (pais, irmãos, avós, tios etc.).
- e) Sugere-se avaliar anualmente, durante cinco anos, todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais. Após esse período os contatos devem ser liberados da vigilância, devendo, entretanto, serem esclarecidos quanto à possibilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos da hanseníase.



8. Medidas de prevenção e controle:

- a) Contatos familiares recentes ou antigos de pacientes multibacilar (MB) e paucibacilar (PB) devem ser examinados, independentes do tempo de convívio. Deve-se avaliar anualmente, durante cinco anos, todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais. A vacina BCG não é específica para hanseníase.
- b) A BCG-ID deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase, independente da classificação operacional do caso índice. Esquema vacinal: Sem cicatriz de BCG aplicar 1 dose, presença de 1 cicatriz, fazer 1 dose, 2 cicatrizes, não fazer.
- c) Contatos de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG. É importante considerar a situação de risco dos contatos com imunodepressão como HIV, corticoterapia.
- d) Doentes em tratamento para tuberculose e/ou já tratados não necessitam vacinação. Gestantes devem aguardar o período pós-parto para realizar a BCG.

9. Recomendações/Observações

- a) Notificações advindas de representantes institucionais, segundo legislação vigente, devem ser notificadas e investigadas.
- b) O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da anamnese, exame geral e dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas.
- c) Os casos diagnosticados devem ser classificados operacionalmente, visando definir o esquema de tratamento com poliquimioterapia (PQT) que se baseia no número de lesões cutâneas: casos com até cinco lesões de pele, paucibacilares e casos com mais de cinco lesões de pele, multibacilar (MB).
- d) O resultado positivo da baciloscopia, é considerado como MB, porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase e também não classifica obrigatoriamente o doente como paucibacilar (PB).

10. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**, volume único, 1ª edição atualizada. Brasil, 2016.



Procedimento Operacional Padrão

9.9 Notificação Compulsória de Febre Maculosa

Área (s): COAPS/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

1. Objetivos

- Padronizar os procedimentos de notificação compulsória para febre maculosa com vistas a detectar e tratar precocemente os casos suspeitos, visando:
- Reduzir letalidade;
- Investigar e controlar surtos, mediante adoção de medidas de controle;
- Conhecer a distribuição da doença, segundo lugar, tempo e pessoa;
- Identificar e investigar os locais prováveis de infecção;
- Recomendar e adotar medidas de prevenção e controle.

2. Definição de casos de febre maculosa:

a) Caso suspeito - Indivíduo que apresente febre de início súbito, cefaleia, mialgia, seguidas de aparecimento de exantema máculo-papular, entre o 2º e 5º dias de evolução, e/ou manifestações hemorrágicas, e que tenha relatado história de picada de carrapatos e/ou contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou ter frequentado área sabidamente de transmissão de febre maculosa, nos últimos 15 dias.

b) Caso confirmado - Critério laboratorial - Indivíduo cujos sinais, sintomas e antecedentes epidemiológicos atendem a definição de caso suspeito e no qual infecção por *riquétsias* do grupo febre maculosa tenha sido confirmada laboratorialmente em uma das provas diagnósticas:

- ✓ Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI) - quando houver soroconversão dos títulos de RIFI IgG, entendida como primeira amostra de soro (fase aguda) não reagente e segunda amostra (colhida 14 a 21 dias após) com título maior ou igual 128; ou aumento de, no mínimo, quatro vezes os títulos obtidos em duas amostras de soro, coletadas no intervalo de 14 a 21 dias.
- ✓ Imuno-histoquímica reagente para antígenos específicos de *Rickettsia sp.*



✓ Técnicas de biologia molecular – Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), grupo febre maculosa detectável.

✓ Isolamento em cultura do agente etiológico.

c) Caso confirmado - Critério clínico- epidemiológico - Só é utilizado para o encerramento de casos que foram a óbito e que tenham apresentado sinais e sintomas compatíveis com a doença, além de antecedentes epidemiológicos (áreas sabidamente de transmissão de febre maculosa), e tenham apresentado picada de carrapatos e/ou relatado contato com animais domésticos e/ou silvestres e/ou vínculo com casos confirmados laboratorialmente não sendo possível a coleta oportuna de material para exames.

d) Caso descartado – Serão considerados:

✓ Caso suspeito com diagnóstico confirmado para outra doença;

✓ Caso suspeito sem dados suficientes para confirmar o diagnóstico de febre maculosa.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Responsáveis

Profissionais de saúde

Obs.: as notificações advindas de representantes institucionais, segundo legislação vigente, devem ser acolhidas.

5. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

6. Materiais

a) Ficha de notificação/investigação de febre maculosa (modelo ANEXO);

b) Caneta esferográfica;

c) Computador;

d) Acesso à internet;

e) Acesso ao programa do SINAN.

7. Descrição do Procedimento

a) A notificação da febre maculosa deve ser registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), através do preenchimento da ficha de investigação da febre maculosa;

b) Iniciar a investigação imediatamente após a notificação, para permitir que as medidas de controle e prevenção de novos casos possam ser adotadas em tempo oportuno;

c) Na ausência do formulário do SINAN em papel, a notificação pode ser realizada por qualquer outro meio de comunicação que propicie no mínimo o registro de: 1. Nome do agravo, 2. Nome do paciente, 3. Endereço de residência do paciente, 4. Nome e contato do notificante, 5. Data da notificação, 6. Data do início dos sintomas;



- d) Cabe à equipe de investigação encaminhar ao laboratório LACEN a coleta de sangue para diagnóstico acompanhada da ficha de investigação (após ter sido digitada no SINAN);
- e) A investigação epidemiológica de cada caso suspeito e/ou confirmado deverá ser realizada com base no preenchimento da ficha específica de investigação, visando determinar a forma e local provável de infecção (LPI), o que irá orientar a adoção de medidas adequadas de controle. Preencher de forma manuscrita preferencialmente o formulário do SINAN todos os campos conforme instrução de preenchimento da ficha de notificação;
- f) O caso de febre maculosa deve ser encerrado oportunamente em até 60 dias da notificação.

8. Recomendações/Observações

- a) Coletar sangue para sorologia entre o 7º e o 10º dia de doença.
- b) Um caso pode significar a existência de um surto, o que impõe a adoção imediata de medidas de controle.
- c) Evitar entrar em áreas infestadas por carrapatos.
- d) Comunicar à vigilância ambiental/SVS sobre áreas infestadas em ambiente urbano.
- e) Evitar utilizar produtos para controle de vetores em animais ou em vegetação sem orientação de um profissional.

9. Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**, volume único 1ª edição atualizada. Brasília, 2016.



Procedimento Operacional Padrão

9.10 Notificação Compulsória de Tuberculose

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 os procedimentos de notificação compulsória dos casos de tuberculose com vistas a:

- Reduzir o número de óbitos e eliminar a tuberculose como problema de saúde pública no Distrito Federal;
- Aprimorar, uniformizar e qualificar o atendimento integral à pessoa acometida pela tuberculose no âmbito da atenção primária à saúde;
- Orientar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de prevenção e controle da tuberculose.

2. Definição de casos de Tuberculose:

- **Caso suspeito:** Pessoa com tosse por tempo igual ou superior a três semanas.
- **Caso confirmado de tuberculose pulmonar positiva** (com confirmação laboratorial) - Todo indivíduo com:
 - ✓ Duas baciloscopias diretas positivas; ou,
 - ✓ Um teste rápido molecular positivo; ou,
 - ✓ Uma baciloscopia direta positiva e cultura positiva; ou
 - ✓ Uma baciloscopia direta positiva e imagem radiológica sugestiva de tuberculose; ou,
 - ✓ Duas ou mais baciloscopias diretas negativas e cultura positiva.
- **Caso confirmado de tuberculose pulmonar negativa:** Todo indivíduo com diagnóstico baseado em dados clínico-epidemiológicos e em resultados de exames complementares.

3. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

4. Responsáveis

Profissionais de saúde da UBS e Vigilância Epidemiológica da Atenção Primária

5. Local de Aplicação



Unidade Básica de Saúde

6. Materiais

- Ficha de notificação de Tuberculose (modelo ANEXO);
- Caneta esferográfica;
- Computador;
- Acesso à internet;
- Acesso ao programa do SINAN.

7. Descrição do Procedimento

7.1. Notificação

- a) Notificar os casos de tuberculose somente após confirmação diagnóstica em duas vias;
- b) Realizar busca ativa, confirmação de casos e notificação imediata ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN;
- c) Notificar os casos novos, os reingressos após abandono, as recidivas, transferidos e pós-óbito em ficha Individual de Notificação /Investigação de tuberculose;
- d) Notificar pela segunda vez na unidade de destino, todo caso transferido de outra unidade de saúde, com o tipo de entrada transferência, no SINAN.

7.2. Investigação

➤ Casos Suspeitos

- a) Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios - Tem o objetivo de identificar pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas, consideradas com suspeita de tuberculose, visando à descoberta dos casos bacilíferos. A busca ativa de sintomáticos respiratórios deve ser realizada permanentemente por todos os serviços de saúde;
- b) Registrar no Livro de Sintomático Respiratório e examinado para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento todo caso suspeito de tuberculose;
- c) Solicitar duas amostras de escarro para baciloscopia ou uma amostra para teste molecular rápido (TRM) e exame radiológico (vide POP coleta de escarro) para confirmação laboratorial.

➤ Casos Confirmados

- a) Registrar no Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento de Tratamento todo caso confirmado;
- b) Entrevistar o caso índice para identificação e controle dos contatos e acompanhá-los por visita domiciliar;
- c) Realizar investigação ampliada com radiografia de tórax, baciloscopia de escarro e/ou outros exames os pacientes sintomáticos crianças ou adultos;



- d) Priorizar contatos menores de cinco anos, portadores do vírus HIV/AIDS e de condições consideradas de alto risco;
- e) Todos os contatos deverão comparecer à Unidade de Saúde para serem avaliados;

7.3. Acompanhamento dos casos

- a) Realizar testagem para HIV em todas as pessoas com tuberculose;
- b) Solicitar baciloscopia de acompanhamento mensalmente;
- c) Agendar, nos casos de TB pulmonar positivos, as coletas de escarro (01 amostra), para o 2º, 4º e 6º mês de tratamento;
- d) Solicitar no final do segundo mês de tratamento, cultura para microbactérias com identificação e o teste de sensibilidade em caso de baciloscopia positiva;
- e) Diagnosticar cura em pacientes inicialmente bacilíferos, somente após coleta de duas baciloscopias com resultados negativos, uma na fase de acompanhamento e outra ao final do tratamento.

7.4. Tratamento Diretamente Observado (TDO)

- a) Definir o tratamento diretamente observado, quando o doente tiver tido no mínimo 24 tomadas observadas (ingestão do medicamento) na fase de ataque e 48 tomadas observadas (ingestão do medicamento) na fase de manutenção;
- b) Desconsiderar a ingestão de medicamento sem o acompanhamento direto de profissionais da equipe de saúde.

7.5. Encerramento dos casos

- a) Acompanhar o paciente portador de tuberculose por todo o tratamento e avaliar a qualquer tempo para encerramento do caso nas seguintes situações:
 - ✓ Cura - quando o paciente portador de tuberculose, tomar a medicação de forma regular seguindo o tratamento rigorosamente tem prognóstico de cura. A cura comprovada de paciente pulmonar bacilífero será obtida quando forem avaliadas as baciloscopias de escarro, obrigatoriamente, ao final do 2º, 4º e 6º mês de tratamento com intuito de comprovar a cura, das quais as duas últimas deverão ser negativas;
 - ✓ Abandono – quando o paciente permaneceu trinta dias consecutivos sem tomar os medicamentos;
 - ✓ Óbito – será considerado quando o paciente morrer durante o tratamento, independentemente da causa do óbito;
 - ✓ Falência do tratamento - considera-se falência de tratamento quando há persistência da positividade do escarro ao final do tratamento. São também



classificados como casos de falência aqueles que, no início do tratamento, são fortemente positivos (++) ou (+++) e mantêm essa situação até o 4º mês ou aqueles com positividade inicial seguida de negatificação e nova positividade por dois meses consecutivos, a partir do 4º mês de tratamento;

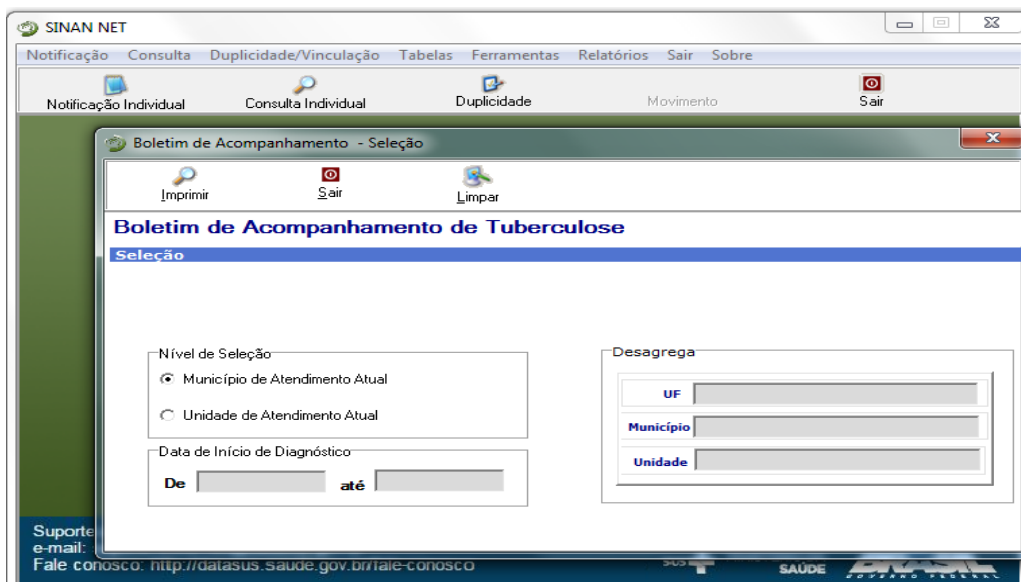
- ✓ Transferência - Todo paciente que informar à equipe de saúde que irá se deslocar para outro serviço dentro do Distrito Federal, ou outra Unidade da Federação ou País, receberá como saída a “Transferência”. A equipe de saúde deverá preencher a Ficha de Transferência em duas vias – a 1ª deverá ser entregue ao paciente para ser levada ao serviço onde continuará o tratamento, e a 2ª via, anexada ao prontuário do paciente. Quando a transferência for no próprio Distrito Federal, a equipe de saúde que o transferiu deverá localizar o serviço e informar a equipe que irá recebê-lo;
- ✓ Mudança de diagnóstico - quando confirmado erro no diagnóstico, o paciente deverá receber alta por mudança de diagnóstico.

7.6. Boletim de Acompanhamento

- a) Para a avaliação da efetividade do tratamento e o monitoramento da incidência e encerramento do caso são necessárias, além de dados de notificação/investigação, informações relativas ao acompanhamento dos casos;
- b) Para a obtenção desses dados, o SINAN emite um relatório específico chamado “**Boletim de Acompanhamento**”, onde são listados, por unidade de saúde atual, todos os casos notificados que estão com o campo “**Data de Encerramento**” em branco e em tratamento há 30 dias após a data de diagnóstico. Esse boletim deve ser emitido pelo primeiro nível informatizado e encaminhado para as Unidades de Saúde **uma vez por mês**, para atualização dos dados e retorno para registro no sistema;
- c) Os prazos para a devolução dos boletins de acompanhamento com as informações atualizadas devem ser pactuados entre os serviços de vigilância epidemiológica, áreas técnicas dos municípios de outros estados e unidades de saúde do DF;
- d) Os casos devem receber alta segundo critérios estabelecidos nas Normas Técnicas;
- e) O primeiro passo para emitir o boletim de acompanhamento consiste em:
 - ✓ No SINAN selecionar a opção Relatórios;
 - ✓ Selecionar o item Tuberculose;
 - ✓ Selecionar o item Boletim de acompanhamento;
 - ✓ No nível de seleção, selecionar Município de atendimento atual;
 - ✓ Em UF, selecionar a UF de interesse (Ex: DF);
 - ✓ Em Município, selecionar Município de interesse (Ex: Brasília);



- ✓ Em data do início do diagnóstico, selecionar o período desejado ou deixe em branco para que todos os casos sejam exibidos;
- ✓ Clicar no botão imprimir para visualizar o relatório. Observar o aviso: apenas casos com mais de 61 dias, a partir da data do diagnóstico, serão listados;
- ✓ Clicar OK;
- ✓ Após a emissão do relatório, salvar o boletim clicando no botão salvar;
- ✓ Clicar no botão close para fechar o relatório




Pre-visualização

Impressão Salvar Erros

Página 1 de 48

100%

Fechar


 República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde
 DIVEP - SES - DF

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Bolém de Acompanhamento de Tuberculose

Página: 1

UF: DF Município de Notificação Atual: BRASÍLIA

Unidade: CSRE 02 RECANITO DAS EMAS

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Forma	Bac 1º Mês	Bac 2º Mês	Bac 3º Mês	Bac 4º Mês	Bac 5º Mês	Bac 6º Mês	Bac após 6 Mês	Total contat	Total contat exam	HIV	TARV	Cultura	TRM-TB	Histopat	T3 Realizado	Situação Encerra	Se Local de Transf (Mun/UF)	Data de encerramento
0902017	05/06/2016	LUIZ GANZAGA REINALDO	2	4	4	4	4	4	4	4	0	0	2	2	5	5					/ /
0902700	03/05/2016	LUANA SILVA DA PURIFICACA	1								0	0	2	2	3	5					/ /

Tipos 1 a 4: preenchimento automático
 Total de contatos identificados: Número total de contatos identificados (preenchimento automático)
 HIV: 1- Positivo, 2- Negativo, 3- Em andamento, 4- Não Realizado
 Cultura: 1- Positiva, 2- Negativa, 3- Em andamento, 4- Não Realizada
 Histopatologia: 1- Bac Positivo, 2- Suggestivo de TB, 3- Não Suggestivo de TB, 4- Em Andamento, 5- Não Realizado
 Teste de Sensibilidade: 1- resistente somente a Isoniazida, 2- resistente somente a Rifampicina, 3- resistente a Isoniazida e Rifampicina, 4- resistente a outras drogas de 1º linha, 5- Sensível, 6- em andamento, 7- Não realizado
 Situação de Encerramento: 1- Cura, 2- Abandono, 3- Óbito por TB, 4- Óbito por outras causas, 5- Transferência, 6- Mudança de Diagnóstico, 7- TBDR, 8- Mudança de esquema, 9- Falência, 10- Abandono Primário
 Se transferência: 1- mesmo município, 2- município diferente (Mesma UF), 3- UF diferente, 4- país diferente
 Data do encerramento: Data de encerramento do caso na unidade de saúde que está acompanhando

Baciloscopias: 1- 2º, 3º, 4º, 5º e após 6º mês: 1- positivo, 2- negativo, 3- não realizado, 4- não se aplica
 Total de contatos examinados: Número total de contatos examinados
 Terapia Antituberculosa: 1- sim, 2- não, 3- ignorado
 Teste Molecular Rápido - TB (TRM-TB): 1- detectável e sensível à rifampicina, 2- não detectável e resistente à rifampicina, 3- não detectável, 4- inconclusivo, 5- não realizado
 Realizado TDO?: 1- Sim, 2- Não, 3- Ignorado
 Local de transferência: Preencher com o local (município/UF) de destino do paciente, caso tenha sido transferido

Emittido em: 15/05/2017

8. Competências da equipe de APS junto aos casos de tuberculose

- Indicar e prescrever o esquema básico e realizar o tratamento diretamente observado. Para os casos com forte suspeita clínico-radiológica e com baciloscopias negativas indica-se, sempre que possível, encaminhar para elucidação diagnóstica nas referências secundárias;
- Realizar o controle diário de faltosos, utilizando estratégias de busca ativa como visita domiciliar, contato telefônico e/ou pelo correio, a fim de evitar a ocorrência de abandono;
- Identificar precocemente a ocorrência de efeitos adversos as drogas do esquema de tratamento, orientando adequadamente os casos que apresentem efeitos considerados “menores”;
- Realizar vacinação BCG conforme Protocolo;
- Encaminhar para a unidade de referência os casos nas seguintes situações:
 - ✓ Difícil diagnóstico;
 - ✓ Presença de efeitos adversos “maiores”;
 - ✓ Presença de comorbidades (transplantados, imunodeprimidos, infecção pelo HIV, hepatopatas e indivíduos com insuficiência renal crônica);
 - ✓ Casos de falência ao tratamento;
 - ✓ Casos que apresentem qualquer tipo de resistência aos fármacos.
- Receber e acompanhar os casos atendidos e encaminhados pelas referências, conduzindo o tratamento supervisionado e investigação de contatos (contra referência);
- Responsabilizar-se pelo bom andamento de todos os casos de sua área de abrangência, acompanhando a evolução dos casos internados por meio de contato periódico com o hospital e/ou família do doente;



- h) Oferecer apoio aos doentes em relação às questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento. Portanto, espera-se que a abordagem ao paciente seja integral, figurando a Atenção Primária à Saúde com foco na Estratégia Saúde da Família como o grande apoio para realizar essas atividades.

9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, ed.2, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.



ANEXO I – Ficha de Notificação/Investigação de Tuberculose

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

Nº

CRITÉRIO LABORATORIAL - é todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia, ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.
CRITÉRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO - é todo caso que não preenche o critério de confirmação laboratorial acima descrito, mas que recebeu o diagnóstico de tuberculose ativa. Essa definição leva em consideração dados clínico-epidemiológicos associados à avaliação de outros exames complementares (como os de imagem, histológicos, entre outros).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravo/doença TUBERCULOSE		Código (CID10) A 16.9	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado		13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Esino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Esino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Esino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)			24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares do Caso					
	31 Nº do Prontuário		32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência 6 - Pós-óbito			
	33 Populações Especiais 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		População Privada de Liberdade População em Situação de Rua		34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
35 Forma 1 - Pulmonar 2 - Extrapulmonar 3 - Pulmonar + Extrapulmonar		36 Se Extrapulmonar 1 - Pleural 2 - Gang. Perf. 3 - Geniturnária 4 - Ossea 5 - Ocular 6 - Miliar 7 - Meningoencefálico 8 - Cutânea 9 - Laringea 10 - Outra				
37 Doenças e Agravos Associados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		Aids <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Uso de Drogas Ilícitas <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/>				
38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico) 1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 4 - Não se aplica		39 Radiografia do Tórax 1 - Suspeito 2 - Normal 3 - Outra Patologia 4 - Não Realizado		40 HIV 1 - Positivo 3 - Em Andamento 2 - Negativo 4 - Não Realizado		
41 Terapia Antiretroviral Durante o Tratamento para a TB 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		42 Histopatologia 1 - Baar Positivo 2 - Sugestivo de TB 3 - Não Sugestivo de TB 4 - Em Andamento 5 - Não Realizado				
43 Cultura 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Em Andamento 4 - Não Realizado		44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB) 1 - Detectável sensível à Rifampicina 2 - Detectável Resistente à Rifampicina 3 - Não Detectável 4 - Inconclusivo 5 - Não Realizado		45 Teste de Sensibilidade 1 - Resistente somente à Isoniazida 2 - Resistente somente à Rifampicina 3 - Resistente à Isoniazida e Rifampicina 4 - Resistente a outras drogas de 1ª linha 5 - Sensível 6 - Em andamento 7 - Não realizado		
46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Total de Contatos Identificados				
Município/Unidade de Saúde					Cód. da Unid. de Saúde	
Nome Tuberculose		Função Sinan NET		Assinatura SVS 02/10/2014		



Procedimento Operacional Padrão**10.1 Higienização de Material para Vias Aéreas****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Promover destruição de microrganismos na forma vegetativa existentes em artigos semicríticos.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Sala de Medicação

4. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

5. Responsáveis pela Execução

Técnicos ou auxiliares de enfermagem

6. Lavagem de Nebulizadores e Umidificadores**6.1. Materiais**

- EPI (avental impermeável, máscara e luvas de autoproteção);
- Detergente neutro;
- Esponja;
- Hipoclorito de sódio a 1%;
- Balde de plástico com tampa;
- Pinça de plástico (não pode ser de inox);
- Panos limpos e secos (ex. compressa);
- Saco plástico;
- Seringa de 20 ml.

6.2. Descrição do procedimento

- a) Paramentar com os EPI's;
- b) Desconectar as peças e lavar com a esponja, água e detergente neutro destinados a esse fim;



- c) Injetar no interior das tubulações e reentrâncias com auxílio da seringa de 20 ml água e detergente neutro, se necessário, evitando a formação de bolhas de ar;
- d) Enxaguar com água corrente abundantemente;
- e) Secar com pano limpo e seco.
- f) Imergir completamente o artigo, em solução de hipoclorito 1% por 30 minutos no recipiente de plástico, evitando formação de bolhas;
- g) Retirar as peças do balde com o auxílio da pinça e enxaguar individualmente rigorosamente com água corrente, (o copinho e o cachimbo devem ser enxaguados de 3 a 5 vezes, para eliminar totalmente o resíduo do hipoclorito);
- h) Secar os artigos utilizando pano limpo e seco;
- i) Montar o Kit e colocar no saco plástico e fechá-lo;
- j) Estocar o material em área separada, limpa, livre de poeiras, em armários fechados;
- k) Desprezar a solução de hipoclorito, no final do dia, enxaguar e secar o recipiente;
- l) Manter a sala em ordem.

6.3. Recomendações/Observações

1. É proibida a estocagem próximo a pias, água ou tubos de drenagem.
2. Trocar a mangueira do umidificador de oxigênio entre um paciente e outro.
3. Trocar máscara e acessórios a cada nebulização.
4. Os aspiradores e borrachas bem como os umidificadores devem ficar protegidos até o início de seu uso. Pode-se usar saco plástico (branco leitoso), para proteger o aspirador portátil.

7. Lavagem de Laringoscópios e Lâminas

7.1. Materiais

- EPI (máscara e luvas de autoproteção);
- Detergente neutro;
- Esponja;
- Álcool a 70%;
- Gazes;
- Panos limpos e secos (ex. compressa).

7.2. Descrição do procedimento

- a) Paramentar com os EPI's;
- b) Retirar as pilhas;
- c) Soltar a lâmina do cabo do laringoscópio;
- d) Retirar a lâmpada;
- e) Lavar com água e sabão e esponja;
- f) Enxaguar com água corrente;



- g) Secar com pano;
- h) Friccionar o cabo e a lâmina com álcool a 70% por três aplicações;
- i) Não enxaguar;
- j) Deixar em secagem espontânea, com tempo de exposição de 10 minutos;
- k) Guardar após a secagem;
- l) Manter a sala em ordem.

8. Lavagem de Máscaras, Válvulas e Bolsas

8.1. Materiais

- EPI (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção);
- Detergente neutro;
- Esponja;
- Hipoclorito de sódio a 1%;
- Balde de plástico com tampa;
- Pinça de plástico (não pode ser de inox);
- Panos limpos e secos (ex. compressa);
- Saco plástico.

8.2. Descrição do procedimento

- a) Paramentar com os EPI's (avental impermeável, óculos, máscara, touca e luvas de autoproteção);
- b) Desmontar a máscara, válvula e bolsa;
- c) Limpar a bolsa ventilatória externamente com pano úmido e sabão. Evitar penetração de água no interior da bolsa;
- d) Lavar a máscara e conexões com água, sabão utilizando a esponja;
- e) Enxaguar em água corrente e secar;
- f) Secar o material com o pano;
- g) Imergir completamente a máscara e conexões, evitando formação de bolhas, em solução de hipoclorito 1% por 30 minutos no balde de plástico;
- h) Retirar a máscara e conexões do balde com o auxílio da pinça e enxaguar individualmente rigorosamente com água corrente, para eliminar totalmente o resíduo do hipoclorito;
- i) Secar os artigos utilizando pano limpo e seco;
- j) Montar o Kit e colocar no saco plástico e fechá-lo;
- k) Estocar o material em área separada, limpa, livre de poeiras, em armários fechados;
- l) Desprezar a solução de hipoclorito, no final do dia e enxaguar e secar o recipiente;
- m) Manter a sala em ordem.

9. Lavagem de Válvulas, Fluxômetros e Termômetros

9.1. Materiais



- EPI (luvas de autoproteção);
- Álcool a 70%;
- Gazes ou algodão;
- Detergente neutro;
- Esponja.

9.2. Descrição do procedimento

- a) Paramentar com os EPI's (luvas de autoproteção);
- b) Lavar com água, sabão e esponja;
- c) Enxaguar com água corrente;
- d) Secar com pano;
- e) Friccionar com álcool a 70% por três aplicações.
- f) Não enxaguar.
- g) Deixar em secagem espontânea, com tempo de exposição de 10 minutos;
- h) Guardar após a secagem;
- i) Manter a sala em ordem.

10. Referências

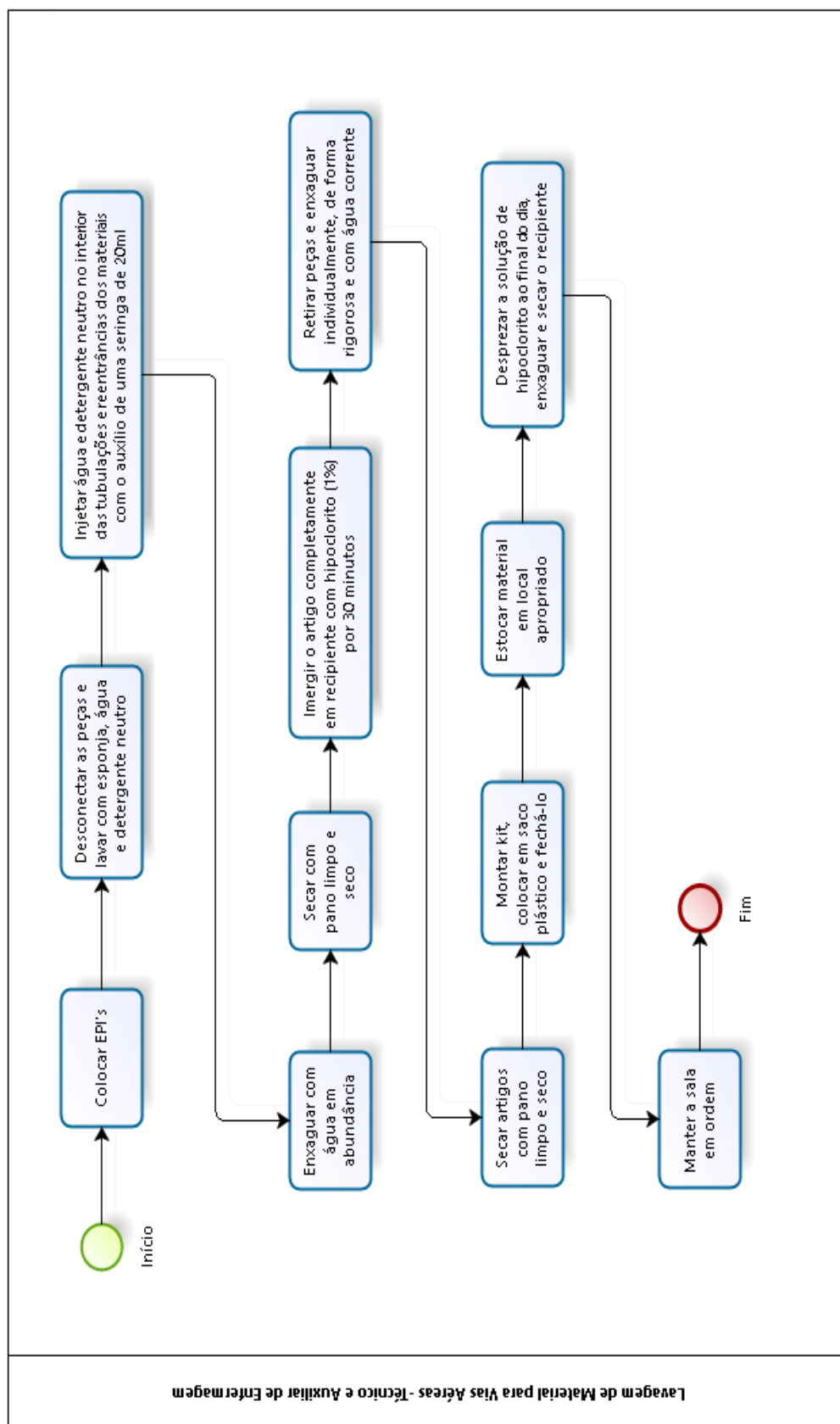
DUMPE, M. L. ARCHER, E. **Procedimento e protocolos Práxis Enfermagem**. Editora: Guanabara Koogan, 2006, 740 páginas.

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

PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. **Manual de normas e rotinas de processamento de artigos de superfícies para rede municipal de saúde de Florianópolis** /Coordenado por Antônio Anselmo Granzotto de Campos; organizado por Lucila Fernandes More e Suzana Schmidt de Arruda. Florianópolis: IOESC, 2007. 77 p. il.



11. Fluxograma



1. Objetivo

Descontaminação dos materiais e ou equipamentos contaminados recebidos no expurgo e que não podem passar pelo processo de esterilização mecânica.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal

4. Materiais

- Recipientes com tampa;
- Dosador;
- EPI: avental, máscara, óculos, gorro, botas, luvas;
- Solução enzimática.

5. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Colocar EPI;
- c) Reunir os materiais;
- d) Preparar a solução no recipiente com água e detergente enzimático, conforme as orientações do fabricante;
- e) Manter a solução protegida até o recebimento dos materiais contaminados;
- f) Retirar EPI e higienizar as mãos.

6. Recomendações/Observações

- a) O uso do detergente enzimático deve respeitar as recomendações do fabricante quanto à temperatura da concentração e tempo de imersão.
- b) Todas as superfícies do material a ser processado precisam estar em contato com a solução, portanto é fundamental a abertura das pinças, desmontagens dos materiais complexos e preenchimento dos lumens (unidade de medida de fluxo luminoso).
- c) A troca da solução enzimática deve ser frequente, idealmente a cada uso, pois a matéria orgânica dos instrumentos satura a solução diminuindo sua eficácia.
- d) Nunca se deve deixar o instrumental imerso na solução acima do tempo previsto, pois pode favorecer a formação de biofilme.
- e) O uso de solução enzimática é contraindicado em instrumentais oftalmológicos, por causar toxicidade intraocular e caso haja a necessidade de se utilizar, deverá ser realizado enxague abundante do instrumental.

7. Referências

RDC 15 de 15 de março de 2012 ANVISA.

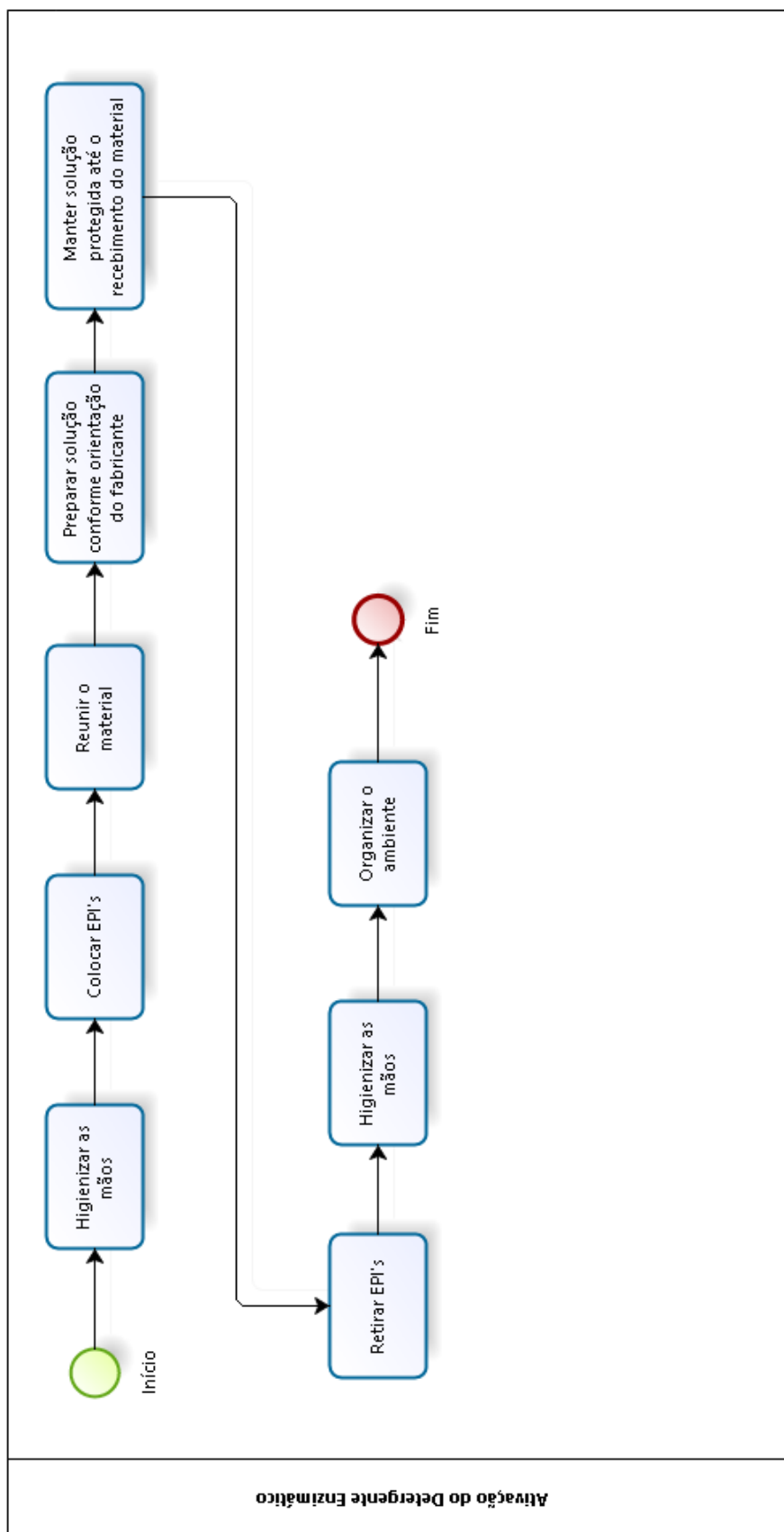


SOBECC. **Práticas recomendadas: SOBECC**. Centro Cirúrgico, Recuperação pós anestésica, Centro de Material e Esterilização. 6ª edição, São Paulo –SP, 2013.

Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização/** -1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.



8. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão**10.3 Higienização da subcânula de Traqueostomia****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Padronizar o procedimento de higienização do intermediário da cânula de traqueostomia.

2. Finalidade do Procedimento

Proporcionar conforto ventilatório ao paciente, manter permeabilidade da cânula e evitar processos infecciosos.

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

- f) Luvas de procedimento;
- g) Máscara descartável;
- h) Óculos de proteção;
- i) Gazes;
- j) Escova para limpeza do intermediário ou haste rígida o suficiente para auxiliar introdução da gaze na subcânula para sua limpeza.

7. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Reunir o material em uma bandeja ou cuba rim;
- c) Orientar o paciente sobre o procedimento;
- d) Promover a privacidade do paciente;
- e) Colocar o EPI recomendado (luvas, máscara e óculos protetor);
- f) Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada a 30º pelo menos;
- g) Destruir o intermediário da cânula e retirá-lo;



- h) Lavar em água corrente com auxílio de uma escova ou introduzindo gaze no seu interior. Repita o procedimento quantas vezes forem necessárias até que fique completamente limpa;
- i) Secar o intermediário;
- j) Reintroduzir o intermediário na cânula e trave em encaixe apropriado;
- k) Deixar o paciente confortável em decúbito à 30°, para reestabelecimento do padrão respiratório, caso seja necessário;
- l) Recolher os materiais utilizados e os encaminhe ao destino apropriado;
- m) Retirar EPI e higienize as mãos;
- n) Checar o procedimento e realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

8. Recomendações/Observações

- a) Avaliar a presença de desconforto respiratório do paciente durante o procedimento.
- b) Para lavagem do intermediário nunca utilizar detergente.
- c) A limpeza da subcânula deve ser realizada diariamente e sempre que necessário.
- d) Ao limpar o intermediário verificar se há necessidade de limpar o estoma traqueal no intuito de remover sujidades de secreção (Passe suavemente uma gaze embebida em água destilada ou SF 0,9% ao redor, e em seguida passe uma gaze seca).
- e) EPI's devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente conforme as diretrizes preconizadas.
- f) A higienização (do intermédio, ou abas da cânula externa) é feita tanto pela equipe de enfermagem como pelo cuidador treinado.

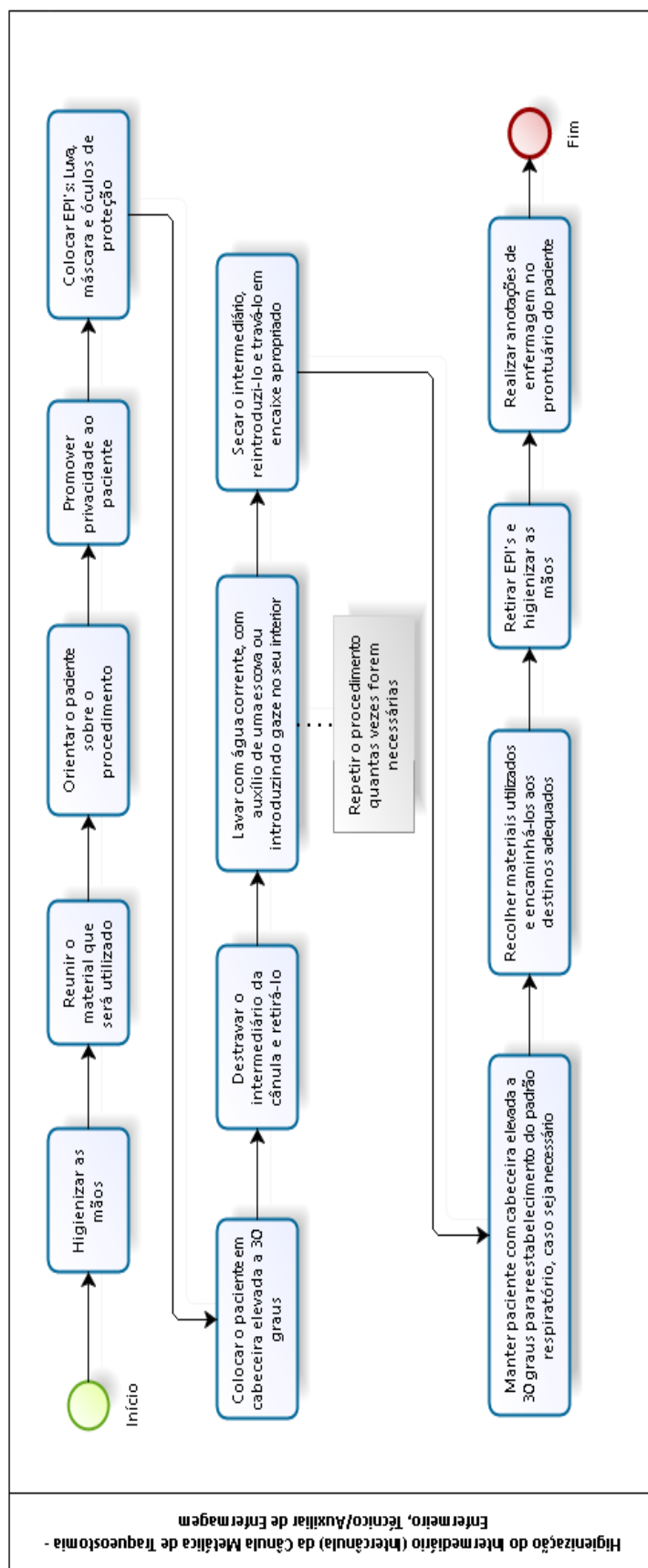
9. Referências

CARMAGNANI, M.I.S. et al. **Manual de Procedimentos Básicos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. **Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.



10. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão**10.4 Limpeza de Instrumentais Cirúrgicos e Artigos para Saúde****Área (s): COAPS/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

1. Objetivos

- Remover sujidade de equipamentos por meio de fricção manual;
- Prevenir a formação de biofilme e contaminação cruzada.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal

4. Materiais

- EPI: gorro, óculos, máscara, luva de procedimento, avental impermeável e sapato fechado;
- Solução enzimática, diluída de acordo com as recomendações do fabricante;
- Escova de cerdas macias e tamanhos variados;
- Recipiente com solução enzimática;
- Identificação com a data da diluição no recipiente.

5. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Colocar EPI;
- c) Separar os materiais delicados, leves dos pesados;
- d) Mergulhar os instrumentais em solução enzimática, diluída de acordo com as recomendações do fabricante, com as articulações abertas (exceto *Backaus* e *Pozzi*) e desmontar os materiais complexos sempre que possível;
- e) Preencher o lúmen (unidade de medida de fluxo luminoso) dos instrumentos/equipamentos com a solução, fazendo uso de seringa e friccionar com escova apropriada;
- f) Seguir o tempo de ação indicado pelo fabricante;
- g) Retirar do recipiente os instrumentais e realizar fricção com escova apropriada, no corpo, nas articulações e na cremalheira das pinças seguindo a direção das ranhaduras;
- h) Realizar enxágue dos materiais;



- i) Realizar secagem;
- j) Encaminhar para a sala de preparo;
- k) Organizar o setor;
- l) Retirar EPI;
- m) Higienizar as mãos.

6. Recomendações/Observações

- a) Solicitar a substituição de instrumentos/equipamentos danificados.
- b) Selecionar a embalagem de acordo com cada especificidade.
- c) Observar o tempo de imersão nos instrumentais na solução enzimática conforme orientação do fabricante.
- d) Evitar tempo de imersão curto ou prolongado para que não haja remoção de sujidade inadequada ou danos ao material.

7. Referências

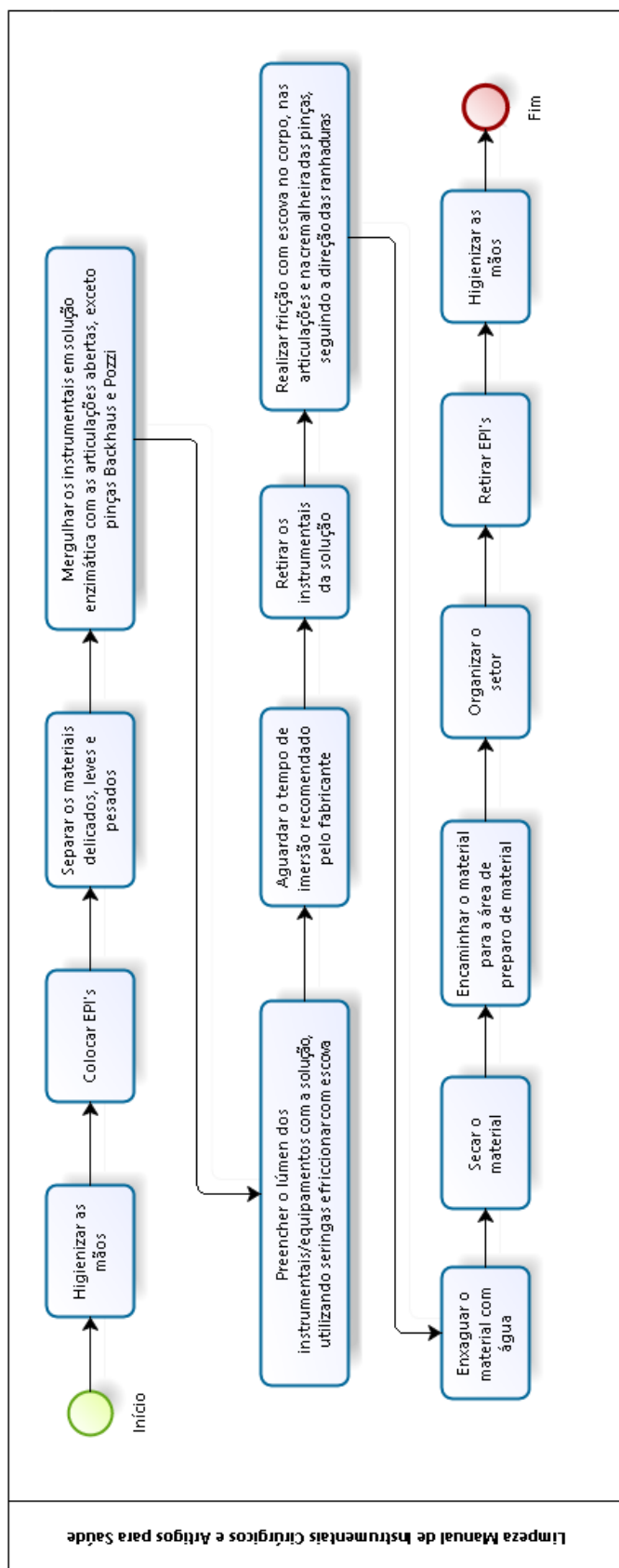
RDC 15 de 15 de março de 2012 ANVISA.

SOBECC. **Práticas recomendadas: SOBECC**. Centro Cirúrgico, Recuperação pós anestésica, Centro de Material e Esterilização. 6ª edição, São Paulo –SP, 2013.

Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização/** -1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.



8. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão

10.5 Técnicas de Embalagem de Instrumentos e Materiais

Área (s): COAPS/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

1. Objetivos

- Manter proteção e segurança do material após o processo de esterilização;
- Permitir a abertura dos instrumentos/equipamentos com técnica asséptica.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal

4. Materiais



- Invólucros específicos: manta SMS (2 camadas externas de *Spunbond* e 1 camada interna de *Meltblown*), papel crepado, tecido de algodão duplo e simples, tecido não tecido e grau cirúrgico;
- Fita adesiva hospitalar;
- Fita adesiva para autoclave;
- Seladora;
- Integrador químico;
- Saco plástico;
- EPI (gorro);
- Caneta.

5. Descrição do Procedimento

5.1 TÉCNICA DE EMBALAGEM PRIMÁRIA – TIPO “BOM”.

- a) Higienizar as mãos;
- b) Colocar EPI;
- c) Selecionar os tecidos e verificar a presença de sujidade e/ou manchas e, desgaste dos mesmos;
- d) Realizar marcação para controle de utilização dos campos;
- e) Dispor dos instrumentais e materiais;
- f) Colocar um campo simples cobrindo a bandeja internamente;
- g) Colocar o material dentro da bandeja e sobre o campo simples;
- h) Colocar o indicador químico datado dentro da bandeja, em ponto mais crítico de esterilização;
- i) Pegar a parte do campo voltada para o funcionário e cobrir o material;
- j) Pegar a outra parte do campo, cobrir o material e dar uma dobra fazendo uma bainha;
- k) Pegar as bordas do campo que ainda não foram dobradas, dobrar, fechando o pacote;
- l) Iniciar o fechamento da bandeja realizando a técnica de embalagem secundária.

5.2 TÉCNICA DE EMBALAGEM SECUNDÁRIA – TIPO “ENVELOPE” PARA TECIDO CAMPO DUPLO, PAPEL CREPADO E SMS (figura 1):

- a) Colocar o campo duplo, papel crepado ou SMS de losango sobre a bancada;
- b) Colocar o material no centro do invólucro;
- c) Dobrar a ponta voltada para o servidor sobre o material;
- d) Fazer uma segunda dobra externa na ponta;
- e) Dobrar uma das laterais de cada vez sobre o material, fazendo uma dobra externa em cada ponta;
- f) Dobrar a ponta restante sobre o material, sobrepondo às outras, introduzindo a ponta na dobradura;



- g) Fixar o pacote com a fita adesiva, sem o cruzamento de fitas;
- h) Fechar o pacote com a fita teste para autoclave, envolvendo todo o pacote até ultrapassar 3 cm do encontro da fita;
- i) Encaminhar para a esterilização.

5.3 TÉCNICA DE EMBALAGEM GRAU CIRÚRGICO:

- a) Aquecer a seladora conforme orientação do fabricante para selagem de grau cirúrgico;
- b) Conferir a limpeza e funcionalidade do material a ser empacotado;
- c) Medir e cortar o grau cirúrgico do tamanho necessário para cada material a ser embalado;
- d) Selar uma das bordas do grau cirúrgico formando um envelope;
- e) Colocar o material dentro do envelope, protegendo a ponta do material pontiagudo, para não perfurar o invólucro;
- f) Selar a outra borda, com uma sobra para facilitar a abertura do pacote ao ser utilizado;
- g) Colocar um pedaço de fita somente para a identificação do pacote, não há a necessidade de fita teste pois, o papel grau cirúrgico já contém o teste;
- h) Encaminhar para a esterilização.

6. Recomendações/Observações

- a) Observar sempre o posicionamento correto das dobras.
- b) Manter o invólucro sempre ajustado ao material (exceto o grau cirúrgico).
- c) Atentar para a quantidade de fita para fixar o pacote, facilitando a abertura.
- d) A termoselagem do grau cirúrgico deve promover a hermeticidade no fechamento do pacote, sem fissuras, rugas e sinais de queimadura do papel.
- e) Produtos vencidos, trocar invólucro para reesterilizar.
- f) Selecionar os tecidos e verificar a presença de sujidade e/ou manchas e, desgaste dos mesmos.
- g) Utilizar somente tecidos íntegros.
- h) Manter o campo sempre ajustado ao material.
- i) Identificar externamente, em etiqueta apropriada, o material contido na embalagem.
- j) Conferir conforme lista de bandeja específica.
- k) A validade do processo deverá ser preenchida conforme o invólucro de escolha:
 - ✓ Tecido de algodão duplo: 7 dias;
 - ✓ Manta de SMS: 60 dias;
 - ✓ Papel crepado: 60 dias;
 - ✓ Grau cirúrgico: 06 meses.
- l) Selar o material com seladora e nunca utilizar fita ou outro tipo de adesivo, somente poderá ser fechado o pacote com seladora para garantir a esterilização e evitar a contaminação do pacote.



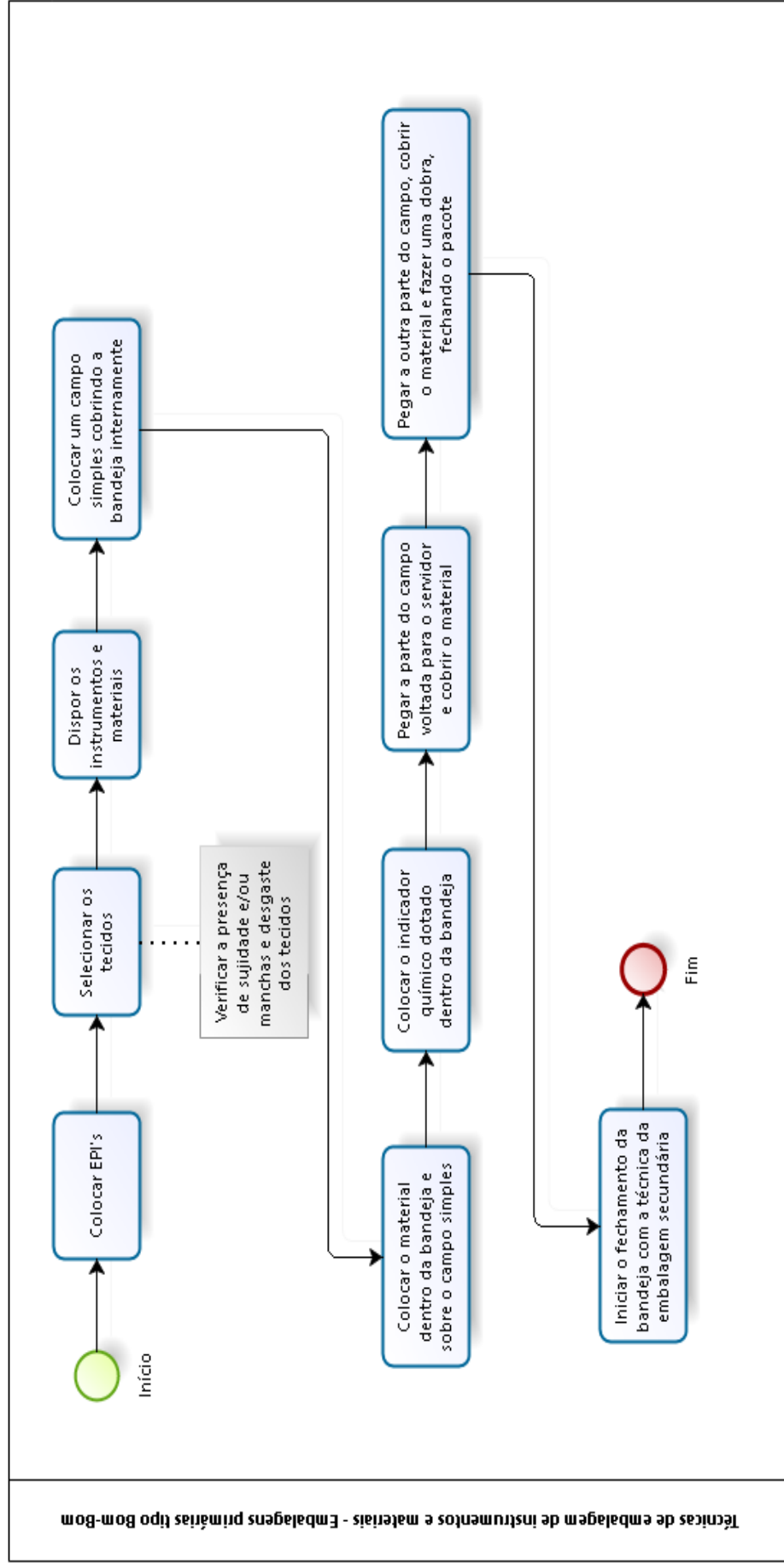
7. Referências

SOBECC. **Práticas recomendadas: SOBECC**. Centro Cirúrgico, Recuperação pós anestésica, Centro de Material e Esterilização. 6ª edição, São Paulo –SP, 2013.

Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização/** -1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.



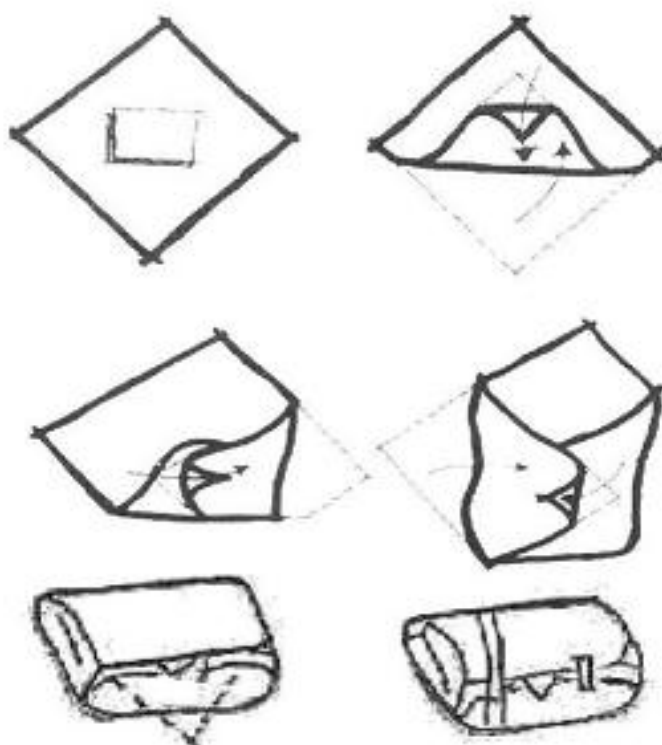
8. Fluxogra





ANEXO - Figura

Figura 1 - TÉCNICA DE ENVELOPE



Procedimento Operacional Padrão**10.6 Montagem de Bandeja de Cateterismo Vesical****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Consiste na montagem de bandeja com o instrumental usado para realizar o cateterismo vesical de demora ou de alívio.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

4. Materiais

- a) 01 Bandeja retangular de inox;
- b) 01 Cuba redonda de inox;
- c) 01 Cuba rim de inox;
- d) 01 pinça Cheron;
- e) 01 pinça Kelly ou Criller reta;
- f) 01 Campo fenestrado 90X90 cm.

5. Descrição do Procedimento

- a) Abrir campo externo sobre a mesa em posição diagonal;
- b) Colocar a bandeja sobre o campo externo;
- c) Forrar o interior da bandeja com campo simples antes de colocar o instrumental;
- d) Colocar 01 Cuba redonda de inox, 01 Cuba rim de inox, 01 pinça *Cheron*, 01 pinça *Kelly* ou *Criller*, 01 Campo fenestrado 90X90 cm e o integrador químico para a avaliação do ciclo no centro da bandeja;
- e) Empacotar fechando bandeja com técnica de envelope (evitar aperto excessivo pois dificulta a penetração do vapor, ou embalagem folgada e com abertura facilitam contaminação);
- f) Identificar com rotulo contendo, nome da bandeja, data de preparo, data de validade da mesma e assinatura de quem fez;
- g) Colocar fita teste (zebrada);



h) Deixar o local organizado.

6. Recomendações/Observações

- a) Os responsáveis pela limpeza das autoclaves serão aqueles profissionais escalados na sala de esterilização.
- b) O produto utilizado para limpeza constitui-se de substância desincrustante destinada a remover os resíduos provenientes da água, ferrugem, manchas, corrosões e placas de depósitos alcalinos minerais das superfícies externas e internas de autoclaves e outros utensílios de aço inox.
- c) Não jogar água nas autoclaves para não provocar danos ao equipamento.

7. Referências

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

SILVA, Vinicius Pablo da. **Sonda Vesical de Demora**. Setembro de 2012. Disponível em: <http://aenfermagem.com.br/procedimentos/sonda-vesical> acesso em novembro de 2015.

BRASIL. **Processamento de Artigos e superfícies em estabelecimento de saúde**. Ministério da Saúde, 1994.



Procedimento Operacional Padrão**10.7 Montagem de Bandeja de Dispositivo Intrauterino
(DIU)****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Consiste na montagem de bandeja com instrumental usado para inserir o DIU.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem

4. Materiais

- a) 01 Bandeja retangular de inox;
- b) 01 Cuba redonda de inox;
- c) 01 pinça Cheron ou similar para antissepsia;
- d) 01 pinça Kelly ou Criller reta grande;
- e) 01 Pinça Pozzi;
- f) 01 Tesoura reta grande;
- g) 01 Histerômetro;
- h) 01 Campo fenestrado 90X90 cm.

5. Descrição do Procedimento

- a) Abrir campo externo sobre a mesa em posição diagonal;
- b) Colocar a bandeja sobre o campo externo;
- c) Forrar o interior da bandeja com campo simples antes de colocar o instrumental;
- d) Colocar instrumental e o integrador químico para a avaliação do ciclo no centro da bandeja;
- e) Empacotar fechando bandeja com técnica de envelope (evitar aperto excessivo pois dificulta a penetração do vapor, ou embalagem folgada e com abertura facilitam contaminação);
- f) Identificar com rotulo contendo, nome da bandeja, data de preparo, data de validade da mesma e assinatura de quem fez;
- g) Colocar fita teste (zebrada);



h) Deixar o local organizado.

6. Observação

Caso o histerômetro seja descartável, o mesmo não será incluído na bandeja que irá para a esterilização.

7. Referências

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

BRASIL. **Processamento de Artigos e superfícies em estabelecimento de saúde**. Ministério da Saúde, 1994.

SOBECC. **Práticas recomendadas: SOBECC**. Centro Cirúrgico, Recuperação pós anestésica, Centro de Material e Esterilização. 6ª edição, São Paulo –SP, 2013.

Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização/ -1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.**



Procedimento Operacional Padrão**10.8 Montagem de Carga para Autoclave****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Organizar os pacotes para esterilização permitindo que o vapor penetre em todas as regiões dos pacotes, sem formar bolhas de ar.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal

4. Materiais

- i) EPI (luva para proteção térmica, gorro);
- j) Autoclave;
- k) Material a ser esterilizado.

5. Descrição do Procedimento

- a) Lavar as mãos;
- b) Colocar EPI's;
- c) Abrir a autoclave;
- d) Colocar os pacotes de preferência em cestos para obter melhor distribuição, evitando contato com as paredes da câmara interna;
- e) Carregar a autoclave;
- f) Dispor os artigos verticalmente nos racks e não compactá-los;
- g) Respeitar a distância de 1 cm entre os pacotes;
- h) Posicionar materiais côncavos (bacia, cuba rim) no sentido vertical ou com a concavidade levemente lateralizada;
- i) Colocar os artigos embalados em grau cirúrgico na vertical posicionado o grau em sequência de papel/papel e filme laminado/filme laminado;
- j) Respeitar o volume máximo do preenchimento da câmara (70 a 80% da capacidade).



6. Recomendação

Evitar esterilizar materiais têxteis e caixas de instrumentos na mesma carga. Se ocorrer, colocar os materiais têxteis na parte superior e os instrumentais na parte inferior.

7. Referências

BRASIL. **Processamento de Artigos e superfícies em estabelecimento de saúde**. Ministério da Saúde, 1994.

SOBECC. **Práticas Recomendadas SOBECC/ Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado**. 6ª edição. São Paulo: SOBECC, 2013.

Enfermagem em Centro de Material e Esterilização/organizadoras Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis-1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.



Procedimento Operacional Padrão**10.9 Monitorização do Processo de Esterilização em Autoclaves a Vapor com Sistema de Pré-Vácuo****Área (s): COAPS/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

1. Objetivos

- a) Oferecer nível de segurança de esterilidade de artigos hospitalares aos usuários e aos profissionais da saúde, possibilitando a realização de procedimentos invasivos;
- b) Comprovar que o artigo foi exposto ao processo de esterilização e distinguir entre artigos processados e não processados;
- c) Detectar bolhas de ar, avaliando a capacidade das autoclaves em reduzir o ar residual da câmara e detectar falhas no funcionamento da bomba de vácuo;
- d) Verificar a eficácia de todos os parâmetros indispensáveis para a esterilização pelo vapor saturado;
- e) Verificar a eficácia do processo de esterilização com o menor tempo possível, para liberação de artigos com segurança.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal

4. Materiais

- a) EPI (luva para proteção térmica, gorro);
- b) Ficha de Monitorização de Ciclos das Autoclaves;
- c) Livro de autoclaves;
- d) Fita teste para autoclaves;
- e) Teste Bowie-Dick;
- f) Integrador químico;
- g) Indicador biológico de leitura rápida;
- h) Incubadora de leitura rápida.

5. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;



- b) Utilizar fita indicadora de processo (fita teste para autoclave) externamente em todos os pacotes processados, exceto em pacotes onde for utilizado como embalagem o grau cirúrgico, pois este já possui fita impressa no próprio papel;
- c) Utilizar integrador químico em todos os pacotes contendo instrumentais cirúrgicos;

5.1 TESTE BOWIE-DICK

- a) Realizar teste BOWIE-DICK (B-D) antes de utilizar o equipamento e após a manutenção do equipamento. Em cada autoclave, posicionar um pacote de B-D sobre um cesto de inox na câmara vazia sobre o dreno no primeiro ciclo do dia;
- b) Programar a autoclave para ciclo B-D;

5.2 INDICADOR BIOLÓGICO DE LEITURA RÁPIDA:

- a) No primeiro ciclo do dia, após aquecimento e em cada autoclave;
- b) Colocar uma (1) ampola de indicador biológico de leitura rápida contendo *Geobacillus Stearothermophilus*, identificando com o nome da autoclave, número do ciclo e a data, no meio da maior carga medindo 30 cm de largura x 30 cm de altura x 18 cm de profundidade, juntamente com o integrador químico;
- c) Posicionar o pacote com o indicador biológico próximo ao dreno, junto com outros pacotes de materiais que serão processados normalmente, na primeira carga após o B-D;
- d) Programar a autoclave para ciclo de instrumental, ou seja, 15 minutos a 134°C;
- e) Aguardar o resfriamento do pacote;
- f) Higienizar as mãos;
- g) Utilizar os EPI's para manusear o indicador biológico após o término do ciclo;
- h) Retirar a ampola, comprimir a tampa com o rompimento do lacre, quebrar a ampola de vidro interna de forma adequada no compartimento específico;
- i) Segurando pela tampa, golpear o fundo da ampola em superfície dura para umedecer o filtro branco contendo os *bacillus*;
- j) Incubar a ampola;
- k) Colocar simultaneamente uma ampola de indicador biológico que não foi processada (piloto) na incubadora;
- l) Anotar o dia da incubação das ampolas e o resultado do B-D no livro apropriado;
- m) Observar a leitura na incubadora de todas as ampolas, inclusive do piloto, após 3 horas de incubação (leitura definitiva);
- n) Colar os rótulos dos indicadores biológicos processados e do piloto na ficha de registro de controle de testes biológicos;
- o) Liberar as cargas somente após resultado de testes satisfatório (leitura em 3 horas);



- p) Seguir com os ciclos de esterilização se o resultado for satisfatório, caso contrário, desprezar o material e/ou reprocessar, chamar manutenção das máquinas para identificar possíveis falhas e comunicar ao enfermeiro responsável do período.

6. Recomendações/Observações

- a) As listras da fita teste para autoclave possuem uma tinta termoquímica que deverá mudar da cor creme para a cor marrom, quando exposta à temperatura, indicando que o pacote foi processado.
- b) Proceder a reesterilização do material caso não haja mudança de coloração na fita teste.
- c) A folha do teste B-D possui uma tinta termoquímica que muda da cor clara (creme, rosa, vermelha ou amarela) para preta quando exposta à temperatura e serve para testar a eficácia do sistema de vácuo da autoclave pré-vácuo.
- d) Se persistir a coloração original do B-D ou apresentar áreas falhas, realizar um novo teste. Persistindo o problema, isolar a máquina e acionar manutenção.
- e) O integrador químico muda a cor da linha central de branco para a cor preta, apenas quando todos os parâmetros críticos do processo de esterilização a vapor (temperatura, tempo e qualidade do vapor) forem atingidos.
- f) O indicador biológico de leitura rápida consiste em uma ampola plástica contendo, no fundo, um filtro branco rico em esporos secos e calibrados de *Geobacillus Stearothermophilus* e uma ampola de vidro rica em meio de cultura que ao ser misturada e colocada na incubadora reage entre a enzima do esporo dessecado e um substrato contido no meio de cultura, fornecendo um produto fluorescente facilmente detectável através de uma luz ultravioleta.
- g) A leitura do teste biológico deverá ser feita observando-se a cor da luz acesa na incubadora, referente a cada ampola. O piloto deve dar positivo (luz vermelha), pois não passou pelo processo de esterilização. Os demais devem dar negativos (luz verde), pois houve morte dos esporos durante o processo de esterilização.
- h) A ficha de controle de testes biológicos deve conter os seguintes dados: data, nome da autoclave, ciclo, temperatura, tempo, local para rótulo do piloto e do teste, resultado e nome do responsável pela realização do teste.
- i) Após manutenções preventivas e/ ou corretivas, realizar teste B-D e teste biológico.
- j) Os testes B-D e biológico deverão ser realizados diariamente para que haja liberação das cargas.
- k) O indicador biológico piloto, após o resultado da incubação deve ser esterilizado para o adequado descarte em caixa de perfuro-cortante.
- l) Guardar o integrador após leitura de resultado aceito (“accept”). Colocar o pacote teste desafio próximo ao dreno.



m) Os resultados dos indicadores físicos, químicos e biológicos devem ser arquivados durante 20 (vinte) anos (tempo em que ocorre prescrição legal) com visto do enfermeiro responsável.

7. Referências

BRASIL. **Processamento de Artigos e superfícies em estabelecimento de saúde**. Ministério da Saúde, 1994.

SOBECC. **Práticas Recomendadas SOBECC/ Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado**. 6ª edição. São Paulo: SOBECC, 2013.

Enfermagem em Centro de Material e Esterilização/organizadoras Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis-1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.



Procedimento Operacional Padrão

10.10 Retirada do Material Esterilizado das Autoclaves

Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Descarregar corretamente sem causar danos às embalagens.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal

4. Materiais

- a) Autoclave a vapor;
- b) EPI's: luva para proteção térmica, gorro;
- c) Campo de tecido para bancada.

5. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Colocar EPI's;
- c) Abrir um pouco a porta da autoclave para saída do vapor úmido e aguardar por alguns minutos par saída de todo o vapor;
- d) Retirar o material e colocar sobre mesa e/ou bancada para resfriar, lembrando que o local deve ser coberto com tecido para evitar o choque térmico e evitar a condensação de vapor e contaminação do material;
- e) Colocar bandejas, cubas, bacias, jarros e vidros em posição vertical para evitar a condensação de vapor;
- f) Retornar para a área de preparo os materiais com campos manchados, molhados, sujos e fitas descoradas. Quando houver falha no processo de esterilização, verificar prováveis problemas na autoclave.

6. Recomendações/Observações

- a) Sempre utilizar EPI para a retirada da carga, evitando queimaduras.



- b) Verificar a coloração da fita de autoclave, indicador classe I do grau cirúrgico e teste desafio.
- c) Em caso de anormalidades no processo comunicar ao enfermeiro responsável do setor.

7. Referências

BRASIL. **Processamento de Artigos e superfícies em estabelecimento de saúde**. Ministério da Saúde, 1994.

SOBECC. **Práticas Recomendadas SOBECC/ Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado**. 6ª edição. São Paulo: SOBECC, 2013.

Enfermagem em Centro de Material e Esterilização/organizadoras Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis-1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.



Procedimento Operacional Padrão

10.11 Limpeza das Autoclaves

Área (s): COAPS/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

1. Objetivos

- a) Promover a limpeza adequada da câmara das autoclaves e seus anexos de maneira eficiente e eficaz;
- a) Evitar contaminação dos artigos que serão esterilizados.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal

4. Frequência

Diariamente e semanalmente

5. Materiais

- b) EPI's (máscara, óculos de proteção, avental impermeável, gorro, propés e luvas de borracha);
- c) Pano limpo;
- d) Esponja tipo fibra grossa e fina;
- e) Produto para limpeza de autoclaves (detergente antiferrugem).

6. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Usar EPI's;
- c) Realizar a limpeza interna das autoclaves semanalmente;
- d) Preparar solução antiferrugem 1 ml para cada 1litro de água quente (conforme especificação do fabricante) passar em câmara interna das autoclaves;
- e) Deixar agir por 10 minutos;
- f) Passar escova de fibra esfregando toda superfície para agilizar o processo;
- g) Passar pano úmida com água até retirar todo o produto;
- h) Secar com pano limpo para finalizar;
- i) Retirar os EPI's;



- j) Higienizar as mãos;
- k) Ligar as autoclaves;
- l) Esperar que as mesmas atinjam a temperatura adequada para realização dos testes;
- m) Proceder à realização dos testes diários.

7. Recomendações/Observações

- a) Os responsáveis pela limpeza das autoclaves serão aqueles profissionais escalados na sala de esterilização.
- b) O produto utilizado para limpeza constitui-se de substância desincrustante destinada a remover os resíduos provenientes da água, ferrugem, manchas, corrosões e placas de depósitos alcalinos minerais das superfícies externas e internas de autoclaves e outros utensílios de aço inox.
- c) Não jogar água nas autoclaves para não provocar danos.

8. Referências

BRASIL. **Processamento de Artigos e superfícies em estabelecimento de saúde**. Ministério da Saúde, 1994.

SOBECC. **Práticas Recomendadas SOBECC/ Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material Esterilizado**. 6ª edição. São Paulo: SOBECC, 2013.

Enfermagem em Centro de Material e Esterilização/organizadoras Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis-1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.



Procedimento Operacional Padrão**10.12 Desinfecção Concorrente do Expurgo****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Remover sujidades para redução da carga microbiana.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal

4. Materiais

- EPI (Luva de procedimento e máscara descartável);
- Água, sabão, álcool a 70% e panos limpos.

5. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Colocar EPI's;
- c) Remover a sujidade com água e sabão;
- d) Finalizar desinfecção friccionando pano embebido em álcool a 70% ou outra solução desinfetante;
- e) Retirar os EPI's;
- f) Higienizar as mãos.

6. Referências

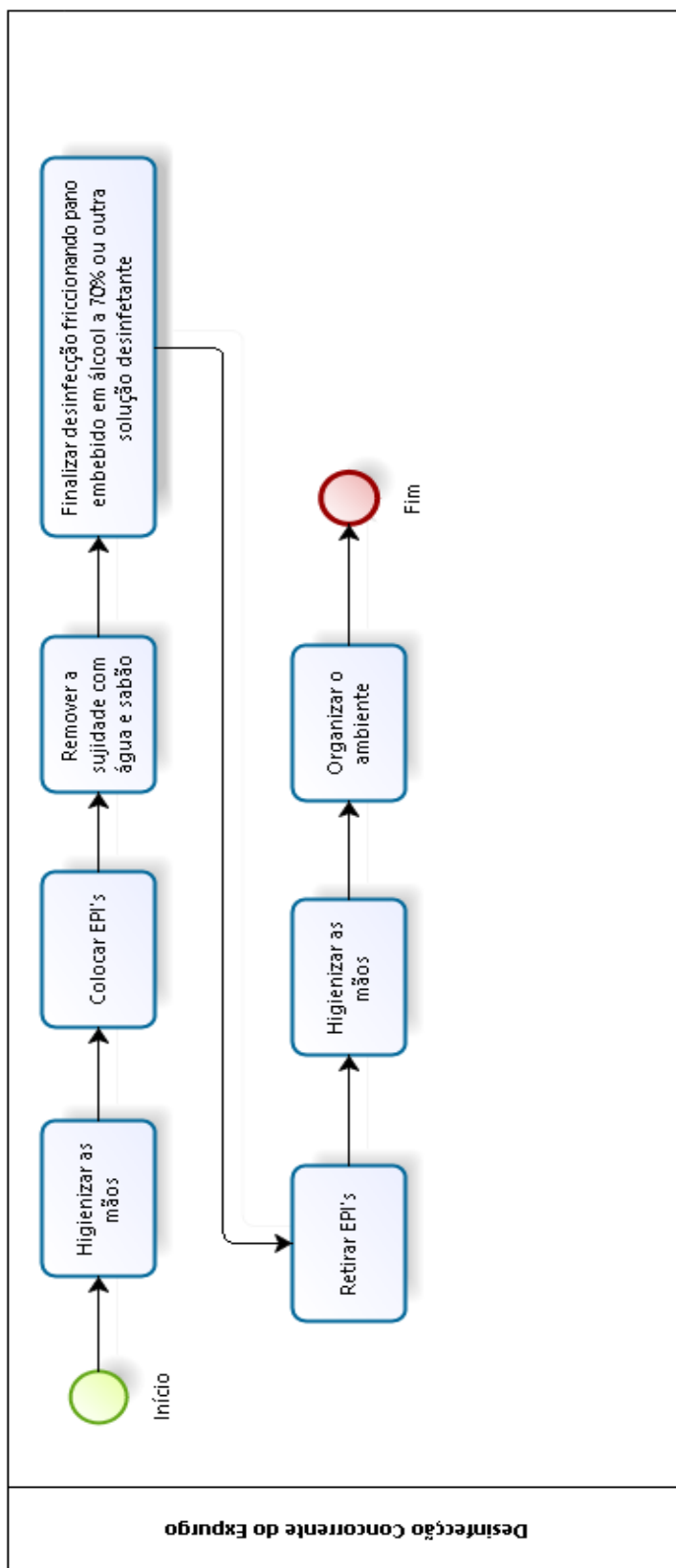
RDC 15 de 15 de março de 2012 ANVISA.

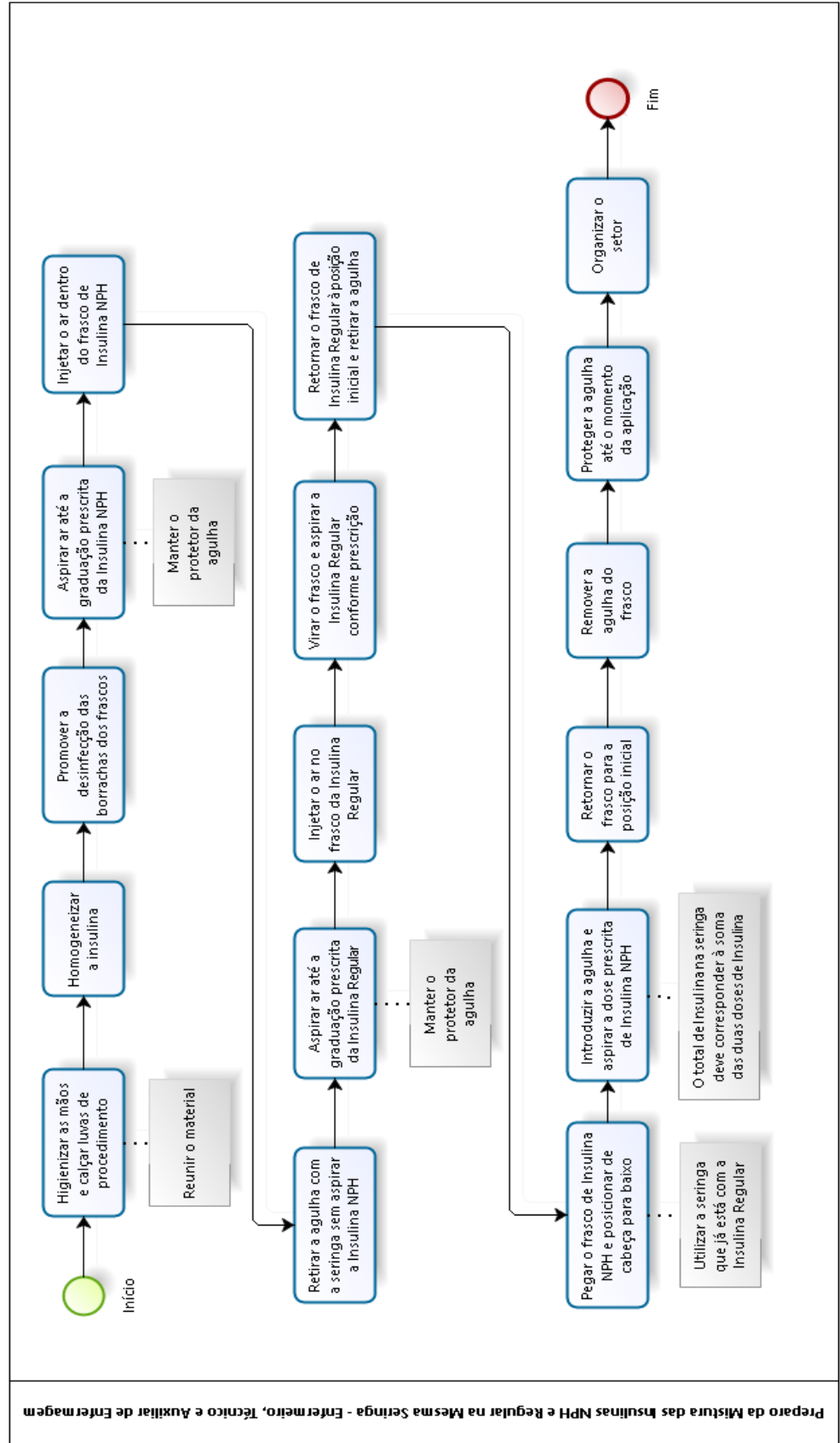
SOBECC. **Práticas recomendadas: SOBECC**. Centro Cirúrgico, Recuperação pós anestésica, Centro de Material e Esterilização. 6ª edição, São Paulo –SP, 2013.

Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização/** -1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.



7. Fluxogramas





Procedimento Operacional Padrão**11.1 Acompanhamento das condicionalidades em saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família****Área (s): COAPS/SAIS/SES-DF**

Portaria SESDF Nº 0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivos

- Garantir a oferta das ações básicas (conforme Política Nacional de Atenção Básica);
- Potencializar a melhoria da qualidade de vida das famílias;
- Contribuir para a sua inclusão social e para rompimento do ciclo de reprodução da pobreza entre gerações.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, agente comunitário de saúde.

Observação: estas ações não são exclusivas desses profissionais, podem ser realizadas também por outros profissionais que possuem esta atribuição em suas carreiras.

4. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde

5. Descrição do Procedimento

O Programa Bolsa-Família (PBF) faz parte do “Plano Brasil sem Miséria”, que tem como objetivos erradicar a extrema pobreza no Brasil por meio da elevação da renda familiar per capita, da ampliação do acesso aos serviços públicos e da inclusão produtiva. Esse contexto potencializa o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF como estratégia para efetivar o compromisso do SUS com a erradicação da miséria, bem como com a garantia do direito à saúde às famílias beneficiárias.

A agenda de saúde do PBF no Sistema Único de Saúde (SUS) compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização. Assim, as famílias beneficiárias do PBF com mulheres com idade entre quatorze (14) e quarenta e quatro (44) anos e crianças menores de sete (07) anos de idade deverão ser assistidas, e encaminhadas aos serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família.



A identificação das famílias elegíveis ao Benefício Variável à Gestante (BVG) é feita pela saúde, por meio do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. Assim, com a implementação deste benefício, que objetiva o aumento da proteção à mãe e ao bebê, elevando a renda familiar na gestação e na primeira infância, amplia-se a responsabilidade do SUS junto às famílias do PBF. Assim, este benefício oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal. Quanto antes for informado a ocorrência da gestação, mais rapidamente a família receberá o benefício.

O responsável técnico regional do PBF na Secretaria de Saúde deve identificar a relação das famílias beneficiárias da sua região, as quais precisam ser acompanhadas pela saúde a cada vigência (janeiro a junho - 1ª vigência - e julho a dezembro - 2ª vigência). A identificação dessas famílias é realizada por meio do Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde no qual também se inserem as informações do acompanhamento e monitoram-se as ações e condicionalidades da Saúde.

Condicionalidades na saúde: as equipes devem realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a vacinação para crianças menores de sete anos e a assistência pré-natal e pós-parto das mulheres gestantes.

6. Descrição do Acompanhamento das Condições

Ação de Enfermagem

Verificar se usuário/a é beneficiário/a de Bolsa Família e possui NIS (número de identificação social). Caso o usuário/família seja considerado com vulnerabilidade social, encaminhar ao Centro de Referência de Assistência Social - CRAS para avaliação de inclusão.

Realizar o acompanhamento das beneficiárias do Programa Bolsa Família;

6.1 Crianças beneficiárias de até 7 anos.

- a) Pesar e medir a estatura das crianças beneficiárias de até 7 anos de idade (conforme o POP Crescimento e Desenvolvimento da Criança), anotar dados em formulário específico conforme figura I;
- b) Verificar as vacinas anotadas no cartão e anotar as vacinas em atraso, no formulário (figura I);
- c) Encaminhar à sala de vacina para atualização do calendário vacinal. Anotar a lápis, no cartão de vacina, as datas das próximas vacinas, de acordo com o preconizado pelo Programa Nacional de Imunização/Ministério da Saúde;
- d) Encaminhar a mãe para participação nas atividades educativas sobre aleitamento materno e cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança entre outras;



e) Encaminhar a criança para acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento de acordo com o calendário de consultas do Protocolo de Atenção à Saúde da Criança.

6.2 Mulheres beneficiárias de 14 a 44 anos.

a) Identificar as que se encontram gestantes, iniciar o acompanhamento pré-natal (Conforme POP Pré-Natal de Risco Habitual) e encaminhar para participação nas atividades educativas sobre o ciclo gravídico;

b) Anotar no formulário as informações obrigatórias (figura I): data de acompanhamento, NIS e nome completo, data de nascimento, endereço atual, telefone, peso, altura, data da última menstruação (DUM) e situação de acompanhamento de pré-natal das mulheres identificadas como gestantes.

7. Recomendações/Observações

a) As informações devem ser coletadas, registradas no formulário específico (figura I) e encaminhadas ao setor responsável para inserção no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde. A inserção dos dados das gestantes no sistema é a única forma de garantir-lhe o recebimento do BVG.

b) Inserir os dados do formulário no sistema de acompanhamento do PBF ou encaminhar para o responsável para digitação se não houver informatização no local.

c) As informações obrigatórias são: data de acompanhamento, NIS e nome completo, data de nascimento, endereço atual, telefone, peso e estatura das crianças menores de 7 anos e situação vacinal. Em caso de gestante: nome, data de nascimento, peso altura, DUM e situação de acompanhamento de pré-natal.

d) Os responsáveis pelos territórios (enfermeiros, técnicos de enfermagem e/ou agentes comunitários de saúde – onde houver), deverão realizar busca ativa e visitas das famílias beneficiárias para fins de acompanhamento das condicionalidades e/ou encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde de referência.

e) Todas as informações que foram coletas e anotadas no formulário específico, deverão constar no prontuário do paciente/família.

8. Referências

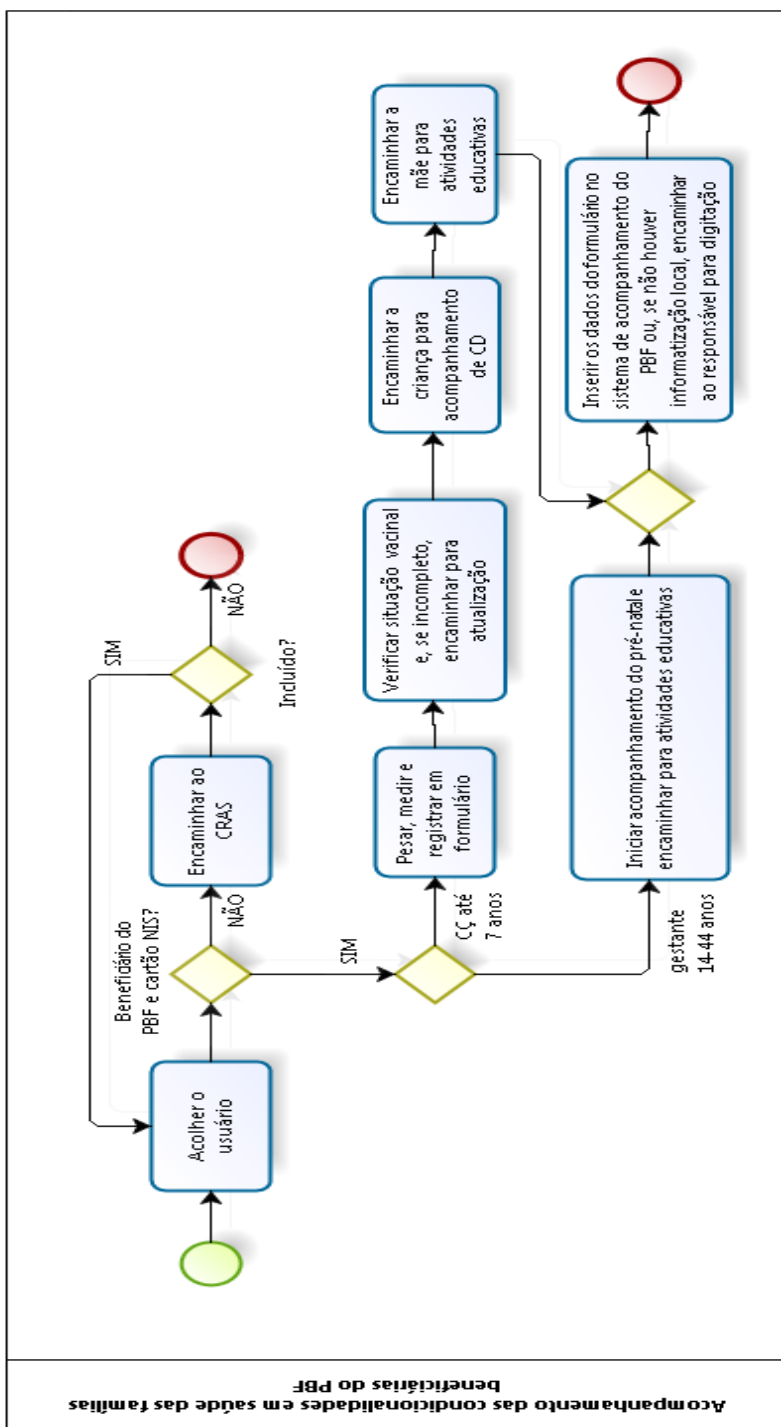
BRASIL. Lei no 10.836, de 9 de janeiro de 2004. **Cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, DOU de 12.1.2004.

_____. **Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004.** Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Diário Oficial da União II - nº 223. 22 de novembro de 2004.



_____. **Instrução Operacional Conjunta 20 SENARC/MDS – SAS/MS.** Trata sobre os procedimentos para a identificação de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família elegíveis ao Benefício Variável à Gestante (BVG) e das regras relacionadas à concessão desse benefício. Brasília, 12 de julho de 2013.

9. Fluxograma



Procedimento Operacional Padrão**12.1 Planejamento e Monitoramento das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Padronizar e melhorar o processo de trabalho das atividades do enfermeiro em relação aos ACS.

2. Responsáveis

Enfermeiro e agente comunitário de saúde

3. Local de Aplicação

Unidade Básica de Saúde, domicílio e/ou espaços comunitários

4. Descrição das atribuições do enfermeiro em relação ao ACS

- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- Orientar quanto à organização da agenda do ACS que atua em atividades em grupo de Práticas Integrativas em Saúde (PIS);
- Acompanhar o registro da produtividade de acordo com os instrumentos e fluxos padronizados pela SES-DF;
- Promover reuniões mensais para o planejamento das atividades;
- Organizar, selecionar e encaminhar os ACS para capacitações periódicas;
- Apoiar na implantação de PIS, Educação Popular, entre outros;
- Disponibilizar espaço na agenda de supervisão para atendimento individual do ACS de acordo com a demanda das respectivas microáreas;
- Programar reuniões semanais com a equipe com pauta definida e registro em livro ata, com a assinatura de todos os participantes;
- Realizar Visita Domiciliar (VD) mensalmente ou quando necessário com intuito de supervisionar a qualidade das orientações realizadas pelo ACS aos usuários;
- Gerenciar os agravos (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças) dos usuários cadastrados na UBS e acompanhados pelos ACS;
- Supervisionar diariamente a programação do trabalho do ACS;



- Monitorar mensalmente e avaliar anualmente o desempenho dos ACS.

5. Descrição das atribuições dos ACS

- Desenvolver atividades com famílias adscritas do seu território;
- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e mantê-los atualizados mensalmente;
- Identificar e priorizar para intervenções, as famílias expostas a situações de risco individual e/ou coletivo, com a orientação da equipe;
- Auxiliar na identificação das famílias em situação de risco social e orientá-las para o acesso às políticas de assistência social;
- Orientar os usuários sobre as ações de saúde disponíveis na UBS;
- Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea proporcionando acolhimento humanizado;
- Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade de acordo com os parâmetros propostos pela SES-DF;
- Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS;
- Participar e contribuir na execução das atividades de prevenção e combate à violência (de gênero, sexual, física, negligência, racismo, homofobia, entre outras), drogas lícitas (fumo, álcool e medicamentos) e ilícitas: (maconha, crack, cocaína entre outras);
- Desenvolver e atuar nos grupos e oficinas de trabalho, visando à prevenção e controle de doenças crônico-degenerativas, em especial Asma, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, e nas situações específicas como: planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério, climatério/menopausa, crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, saúde mental e outras pertinentes ao diagnóstico local;
- Conduzir grupos de PIS para os usuários (desde que devidamente capacitados para tal);
- Participar da equipe de investigação do óbito de mulheres em idade fértil;
- Realizar atividades de Vigilância Epidemiológica, tais como busca ativa e notificação de casos suspeitos e/ou confirmados de doenças de notificação compulsória (ex. dengue, tuberculose, hanseníase, entre outras);
- Identificar no território as adolescentes e mulheres com suspeita de gestação e orientar para o início imediato do pré-natal na UBS;
- Avaliar o Cartão ou Caderneta da Gestante, identificar intercorrências durante a gravidez, realizar busca ativa das faltosas ao pré-natal e a consulta de puerpério;
- Orientar e acompanhar gestantes e puérperas quanto ao aleitamento materno e, quando necessário, encaminhar para a UBS ou Banco e/ou Posto de Coleta de Leite Humano;



- Avaliar a Caderneta de Saúde da Criança quanto à realização das triagens do recém-nascido (teste do pezinho, coraçãozinho, olhinho e orelhinha), curva de crescimento, imunização e calendário mínimo de consultas, encaminhando para a UBS, conforme necessidade;
- Avaliar a Caderneta de Saúde do Adolescente, com intuito de verificar curva de crescimento, imunização e calendário de consultas, encaminhando para a UBS, conforme necessidade. Deve-se abordar ainda temas relacionados ao crescimento e desenvolvimento, orientando sobre estágios de maturação sexual (presente na Caderneta) e orientando como preencher a tabela do calendário menstrual;
- Orientar as mulheres (adolescentes e adultas) para consulta ginecológica, conforme necessidade, e exame preventivo de colo de útero de rotina e exame clínico das mamas;
- Promover ações de saúde bucal como: informar sobre maus hábitos bucais (dedo, chupeta, mamadeira, onicofagia, álcool, tabaco e outras drogas); observar sinais de anormalidades na boca e situações de urgência (dor, abscesso, entre outros) e encaminhar encaminhando ao para o cirurgião dentista da UBS; orientar cuidados pós-operatórios; orientar cuidados com a prótese, higiene bucal, o autoexame para prevenção ou detecção precoce do câncer de boca; verificar se todos os membros da família tem acesso a escova, fio e creme dental; preencher corretamente a ficha com os dados da necessidade de avaliação odontológica ou prótese;
- Registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade, para análise da situação das famílias acompanhadas nas respectivas fichas de acompanhamento de agravos;
- Interagir com os parceiros e recursos existentes na comunidade (instrumentos/redes sociais: associações, igreja, grupos de apoio, escolas, creches, ONG'S, bombeiros, polícia, universidades públicas ou privadas, esporte e/ou cultura entre outras) que possam ser potencializados pela equipe;
- Participar da elaboração do diagnóstico epidemiológico, sanitário e social do território, em conjunto com a equipe e comunidade, bem como do plano de ações, execução e avaliação das propostas de trabalho;
- Realizar o repasse das informações referente aos agravos/condicionalidades colhidas durante as VD, diariamente ou conforme a necessidade;
- Participar das reuniões semanais e/ou mensais com a equipe, para discussão de casos, planejamento de ações e fechamento da produção;
- Promover a entrega de insumos e medicamentos, em casos excepcionais, ao paciente ou seu representante legal;



- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF) as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;
- Estimular as famílias para a participação nas atividades de saúde das UBS.

6. Procedimento – Visita Domiciliar do ACS

As famílias e pessoas do seu território devem ser acompanhadas por meio da visita domiciliar, na qual se desenvolvem ações de educação e intervenção em saúde.

6.1 Planejamento da VD do ACS:

- Programar as VD junto à equipe de APS e ACS, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes;
- Realizar a programação da VD preferencialmente no horário pré-agendado com o usuário;
- Considerar visita o acompanhamento e orientação ao usuário portador de agravos, (gestantes, HAS, DM, TB, hanseníase e outros) a verificação dos cartões de controle, da receita médica e medicamento em uso;
- Computar no Sistema de Informação como “visita domiciliar” mesmo quando o agente não consiga falar com o usuário, ou somente faça a entrega de resultados de exames ou aviso de marcação de consulta;
- Considerar “acompanhamento de agravo” somente quando houver contato com o usuário e/ou familiar responsável;
- Considerar “acompanhamento de criança” o contato feito com o responsável da criança ou cuidador;
- Solicitar ao ACS ao final do dia, ou conforme estabelecido em equipe o relatório com o número de famílias visitadas - pelo registro no Sistema de Informação vigente.

6.2 Ações que deverão ser realizadas pelo ACS na VD:

- Orientar ao usuário sobre a importância de ter o “Cartão SUS”, número do NIS, para ser agilmente atendido na UBS;
- Explicar como ocorre o funcionamento da UBS, a área de adscrição à qual a família pertence;
- Orientar a importância da higiene bucal, divulgando os serviços disponíveis;
- Identificar na microárea as situações vulneráveis ou de alta vulnerabilidade como: destino inadequado do lixo; ausência de tratamento de água; presença de vetores; a não vacinação e vermifugação de animais de estimação; higiene pessoal/bucal e domiciliar prejudicadas; desemprego; população em situação de rua; portadores de transtornos mentais sem assistência; usuários de drogas ilícitas; profissionais do sexo; situações suspeitas de violência nos ciclos de vida (negligência, abandono, maus tratos, agressão, injúria racial



- e/ou racismo) intrafamiliar/institucional e demais situações que necessitam de acompanhamento social;
- Orientar aos trabalhadores rurais: sobre sintomas de intoxicação exógena, cuidados de armazenamento, utilização e descarte dos agrotóxicos utilizados e problemas de saúde relacionados aos modos de vida no campo;
 - Verificar a existência de pessoas com deficiências e/ou com necessidades especiais, se estão expostas a riscos à saúde e se possuem acompanhamento pela UBS;
 - Acompanhar as condicionalidades das famílias inscritas nos programas de transferência de renda como Programa Bolsa Família (PBF) e outros que estiverem vigentes;
 - Conferir e atualizar os dados da ficha de cadastro da família/indivíduo e outras de acompanhamento das condições referidas;
 - Avaliar, orientar e encaminhar as situações relevantes, para os devidos procedimentos, comunicando a equipe de saúde;
 - Verificar a caderneta de saúde da criança quanto à realização das triagens do recém-nascido (testes do pezinho, coraçãozinho, olhinho e orelhinha), situação vacinal, controle de peso, frequência nos atendimentos de crescimento e desenvolvimento infantil;
 - Verificar se os exames de prevenção em mulheres com idade fértil estão de acordo com o protocolo da SES-DF; orientar usuárias com suspeita de gravidez, a procurarem a UBS de acordo com o protocolo de pré-natal;
 - Verificar o “Cartão da Gestante” para avaliar situação vacinal, consultas, atendimento odontológico, preenchendo as informações da ficha da gestante do sistema de informação;
 - Solicitar ao usuário portador de hipertensão, o “Cartão de Controle de Pressão Arterial e Glicemia” para avaliar situação de acompanhamento, preenchendo as informações da ficha específica do sistema de informação. Verificar se o usuário está usando a medicação de acordo com a receita. Questionar se há usuários com mais de 20 anos de idade e orientar ida à UBS para aferição da pressão arterial uma vez por ano;
 - Solicitar ao portador de diabetes o “Cartão de Controle de Pressão Arterial e Glicemia” para avaliar situação de acompanhamento, preenchendo as informações da ficha específica do sistema de informação. Verificar se o usuário está usando a medicação de acordo com a receita. Questionar se há usuários com mais de 20 anos de idade e orientar ida à UBS para realizar glicemia capilar, de acordo com a rotina ou protocolo;
 - Verificar as cadernetas de acompanhamento dos portadores de hanseníase e tuberculose preenchendo as informações das fichas específicas do sistema de informação;
 - Registrar as informações de pacientes hospitalizados, acamados e que foram a óbito na ficha de atividades diárias para conhecimento e acompanhamento da equipe;



- Divulgar os métodos de planejamento familiar disponíveis na UBS, orientando sua importância;
- Estimular a participação dos usuários nos grupos de educação em saúde ou em outros da comunidade.

7. Recomendações/Observações

- a) O registro no Sistema de Informação do Programa Bolsa Família (PBF) deve ser realizado uma vez a cada Vigência do Programa.
- b) Os problemas de saúde detectados nas famílias deverão ser encaminhados para a Unidade Básica de Saúde e quando necessário, solicitar visita domiciliar por outros membros da equipe.
- c) O cadastramento das famílias é uma atribuição do ACS, mas pode ser realizado pelos demais membros da equipe de Atenção Primária à Saúde.
- d) O Enfermeiro supervisor da equipe de ACS deve avaliar situações que possam oferecer riscos ao ACS durante a VD.
- e) Caso haja recusa do usuário em ser acompanhado pelo ACS o supervisor da equipe deverá realizar uma visita domiciliar com avaliação desse usuário e, persistindo a recusa, o usuário deverá preencher o “Termo de Recusa de Visita Domiciliária do ACS”, com a assinatura de duas testemunhas.
- f) São esperados 100% de acompanhamento mensal aos pacientes com (agravos) hipertensão arterial sistêmica, diabetes Mellitus, tuberculose, hanseníase, recém-nascido (nos primeiros 07 dias) crianças até dois anos, gestantes e puérperas (uma visita em até 42 dias).

8. Referências

BRASIL. Lei 11.350, de 5 de outubro de 2006. **Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, Seção 1 - 6/10/2006, Página 1 (Publicação Original).

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica.** 6. ed. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, 2009.



_____. Portaria nº44 GM, de 3 de janeiro de 2002. **Defini as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS – na prevenção e no controle da malária e da dengue.** Diário Oficial da União. Brasília, 2004.

_____. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

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.

_____. Lei Distrital 5.237, de dezembro de 2013. **Dispõe sobre a carreira Vigilância Ambiental e Atenção Comunitária à Saúde do Quadro de Pessoal do Distrito Federal e dá outras providências.** Brasília, 2013.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria Municipal de Joinville. **Supervisão do Agente Comunitário de Saúde.** Joinville, 2007.

SILVA, G.S. **O Processo de Trabalho do Coordenador Municipal da Estratégia de Saúde da Família.** Belo Horizonte, 2009. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. 96f. <http://www.saude.df.gov.br/images/Protocolos/Protocolos%20clnicos/protocolos%20clnicos/Insulinoterapia.pdf>



Procedimento Operacional Padrão

13.1 Recomendações quanto à Apresentação Pessoal na Rotina Profissional

Área (s): COAPS/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

1. Objetivos

- a) Padronizar a apresentação pessoal do profissional de saúde e apoio; garantindo desta forma a proteção individual;
- b) Evitar infecção cruzada.

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

Todos os profissionais de saúde e apoio (conservação e limpeza)

5. Materiais

- a) Equipamentos de Proteção Individual;
- b) Sabão/sabonete;
- c) Solução antisséptica;
- d) Uniforme (jaleco).

6. Descrição do Procedimento

- a) Manter a higiene pessoal;
- b) Manter os cabelos presos com touca quando necessário;
- c) Conservar as unhas sempre curtas (preferencialmente);



- d) Utilizar o uniforme sempre que estiver em seu ambiente de trabalho, porém retirá-lo em horário de descanso ou almoço;
- e) Observar no uniforme a limpeza e ausência de manchas;
- f) Utilizar calçado fechado e impermeável;
- g) Realizar a lavagem das mãos sempre antes e depois de qualquer procedimento;
- h) Utilizar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento como álcool gel;
- i) Usar luvas quando em contato com fluídos corpóreos, mucosas ou lesão de pele de qualquer usuário;
- j) Usar avental descartável quando houver risco de contaminação do uniforme com fluídos corpóreos.
- k) Usar máscara, touca e óculos quando houver risco de respingos de fluídos corpóreos.

7. Recomendações/Observações

- a) A roupa de trabalho deverá ser lavada separadamente da roupa doméstica.
- b) Utilizar papel toalha para secagem das mãos.

8. Referências

BRASIL, Ministério do Trabalho. **NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. NR-6 - Equipamento de Proteção Individual**. Brasília, 2009.

ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Editora da Universidade Católica de Pelotas/EDUCAT. 2001.



Procedimento Operacional Padrão**13.2 Uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) na sala de Expurgo****Área (s): COAPS/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

1. Objetivo

Proteger o profissional de riscos à saúde e a segurança no trabalho.

2. Horário de Funcionamento

Rotina de horário conforme estabelecido em normativa vigente.

3. Local de Aplicação

Expurgo

4. Responsáveis

Enfermeiro, técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de higiene bucal

5. Descrição do Procedimento

- a) Higienizar as mãos;
- b) Paramentar-se na entrada do expurgo: touca, óculos de proteção, máscara, avental impermeável, luva de procedimento, luva nitrílica ou butílica de cano longo, conforme a necessidade.

6. Recomendações/Observações

- a) Trocar EPI quando necessário.
- b) Realizar limpeza e desinfecção dos EPI's permanentes, com álcool a 70% ao término do uso.
- c) Usar os EPI's somente na área física do expurgo.
- d) Usar calçados fechados, impermeáveis e antiderrapante.

7. Referências

RDC 15 de 15 de março de 2012 ANVISA.

SOBECC. **Práticas recomendadas: SOBECC.** Centro Cirúrgico, Recuperação pós anestésica, Centro de Material e Esterilização. 6ª edição, São Paulo –SP, 2013.



Kazuko Uchikawa Graziano, Arlete Silva, Eliane Molina Psaltikidis. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização**/ -1ª Edição Barueri, SP: Manole, 2011. – Série enfermagem.

