



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Protocolo de Atenção à Saúde

GUIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO ADOLESCENTE EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA VOLUME I

Área(s): Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Primária e Secundária/DIENF/COASIS/SAIS/SES, Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais/DAEAP/COAPS/SAIS/SES, Diretoria de Saúde Mental/COORPSAM/SUBSIS/SECRIANÇA, Núcleo de Atendimento Integrado/UAI/DINT/COORIS/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA e RTD Psiquiatria.

Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de data .

1. Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados

Realizou-se uma pesquisa a partir de publicações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Órgão de Classe e Sociedade de Profissão, livros e artigos científicos.

1.2 Palavras(s) chaves(s)

Adolescente; Adolescente institucionalizado; Serviços de saúde do adolescente; Enfermagem.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Foram consideradas publicações referentes aos temas desse guia publicadas entre os anos de 2002 e 2018 conforme referenciado.

2. Introdução

A atenção integral à saúde de adolescentes no Brasil é um tema que envolve aspectos polêmicos e representa um desafio bastante considerável para estudiosos e, principalmente, para os gestores públicos¹.

Nesse contexto, a adolescência compreende uma etapa de importantes mudanças físicas e psíquicas e trata-se de um período de transformações e de modificações entre a vivência infantil no qual o adolescente está acostumado e uma nova fase chamada adolescência, que não tendo o acompanhamento necessário pode resultar em consequências que repercutirão por toda a vida².

A Constituição Federal de 1988 em seus artigos 196 e 227, e o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA em seu artigo 4º abordam a garantia do acesso à saúde da população trazendo com absoluta prioridade a efetivação dos direitos referentes à Saúde, entre outros³.

Nessa perspectiva, o Ministério da saúde implantou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), por meio da Portaria nº 340, conclamando as unidades federativas a elaborar o seu Plano Operativo Estadual (POE). O primeiro Plano do DF foi aprovado pelos Conselhos de Saúde e dos Direitos da Criança e do Adolescente e habilitado pelo MS em 2006.

Em 2014, o MS publicou a Portaria nº 1082, redefinindo as diretrizes da PNAISARI, incluindo a medida socioeducativa de semiliberdade e estabelecendo novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Dessa forma, a SES/DF foi incentivada a elaborar nova versão do Plano, o qual foi denominado de Plano Operativo Distrital de Atenção à Saúde de Adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, aprovado pelos Conselhos de Saúde e dos Direitos da Criança e do Adolescente em 2016 e habilitado pelo MS em 2018.

Neste novo Plano ficou definido que cada unidade socioeducativa de internação e internação provisória terá uma equipe de enfermagem dentro da unidade, ficando no território de uma Equipe de Saúde da Família de referência (ESF) para o apoio nas ações de atenção à saúde.

Assim, a enfermagem presta atendimento aos adolescentes através de ações de caráter básico, como: acolhimento, consulta de enfermagem, administração de medicações,

realização de curativos, ações de promoção e educação em saúde, acompanhamento das necessidades de saúde dos jovens, entre outras³.

Baseado nisso, a situação se agudiza exponencialmente no que diz respeito ao asseguramento do direito à saúde de adolescentes que cometeram algum ato infracional grave o suficiente para ingressar no sistema socioeducativo e demandar o cumprimento de medida socioeducativa de internação e/ou internação provisória, conforme normativas presentes no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹.

Dessa forma, quando um adolescente comete algum ato infracional, ou seja, viola as normas estabelecidas do dever jurídico estes são submetidos a medidas socioeducativas^{4,5}.

De acordo com o artigo 121 do ECA, a internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita a princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição da pessoa em desenvolvimento e é indicada para atos infracionais graves, por tempo indeterminado e não excedendo a três anos^{6,7}.

Nesse contexto, a equipe de Enfermagem que presta assistência para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de internação precisa oferecer uma assistência integral, humanizada e voltada para as necessidades desse público específico, sempre considerando as características biopsicossociais deste ciclo de vida. Assim, deve-se prover o cuidado de enfermagem com a utilização de práticas e técnicas adequadas, conforme as necessidades e visando a prevenção de agravos do adolescente internado⁴.

Dessa maneira, faz-se necessária a definição de padrões e ampliação da cultura de qualidade dos serviços da enfermagem, tornando-se, assim, imprescindível o papel do enfermeiro em implementar estratégias para que a sua equipe assegure aos pacientes a assistência desejada. Uma ferramenta gerencial que o profissional enfermeiro pode utilizar para melhorar a qualidade da assistência prestada é a padronização das intervenções de enfermagem, por meio dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e protocolos, que deve ser construída juntamente com a sua equipe, levando em consideração a realidade do serviço e estimulando o alcance de melhorias em suas atividades⁸.

Essa padronização de processos e procedimentos de enfermagem é utilizada como ferramenta de gestão da qualidade da instituição. Deve ser realizada mediante a identificação de prioridades, e, para seu sucesso, necessita envolver todas as pessoas relacionadas com o trabalho de enfermagem e ser elaborada de forma coletiva, com atualização periódica e difundida por meio de educação permanente⁹.

Nos vários cenários da atenção à saúde, a enfermagem com seus atores, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem busca garantir um atendimento individualizado, personalizado, coletivo ou grupal em consonância com a natureza do seu

cuidado, isto é, um cuidar compartilhador de princípios como integralidade, olhar holístico, assertividade, sensibilidade, dignidade, sistematização, entre outros¹⁰.

Vantagens têm sido apontadas para o uso de protocolos de assistência, tais como: maior segurança aos usuários e profissionais, redução da variabilidade de ações de cuidado, melhora na qualificação dos profissionais para a tomada de decisão assistencial, facilidade para a incorporação de novas tecnologias, inovação do cuidado, uso mais racional dos recursos disponíveis e maior transparência e controle dos custos. Ainda como vantagens, protocolos facilitam o desenvolvimento de indicadores de processo e de resultados, a disseminação de conhecimento, a comunicação profissional e a coordenação do cuidado¹¹.

A existência de protocolo não anula a autonomia profissional – o profissional é sempre responsável pelo que faz ao utilizar ou não um protocolo. Ao optar por não seguir um protocolo institucional, o profissional deve ter bem claras as razões para não o fazer, e quais evidências científicas dão suporte a essa decisão¹¹.

Para construção desse guia, realizou-se uma pesquisa a partir de publicações da Fundação Casa de São Paulo, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, documentos de hospitais e artigos científicos.

Com a aplicação da padronização dos procedimentos, objetiva contribuir, de forma ética, crítica e responsável, a transformação das práticas e a consequente ampliação da qualidade assistencial e autonomia da enfermagem.

Portanto, este Guia de Enfermagem na Atenção ao Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa deverá ser aplicado em todas as Unidades de Internação que possuem equipe de enfermagem prestando assistência e cuidados direcionados a estes.

3. Justificativa

A adoção de protocolos de atenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa do Distrito Federal pode proporcionar maior satisfação para a equipe de enfermagem e para o usuário, maior segurança na realização dos procedimentos e, consequentemente, maior segurança para este usuário, objetivando garantir um cuidado livre de variações indesejáveis na sua qualidade final, assim como implementar e controlar as ações assistenciais de enfermagem permeadas pela visão de integralidade; tratando-se de um importante instrumento para a implementação de boas práticas devendo funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de enfermagem.

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

Não se aplica.

5. Diagnóstico Clínico ou Situacional

Os principais agravos que acometem os adolescentes foram obtidos pela aplicação do Instrumento: *Perfil de Saúde dos Adolescentes das Unidades Socioeducativas de internação e internação provisória do DF* no período de 2010 a 2015. Esse instrumento foi elaborado pelo Grupo Gestor do POD-DF com a finalidade de obter o perfil de saúde da população adolescente cumprindo medida socioeducativa.

Foi verificado que 70% dos diagnósticos são referentes a questões psicossociais e 30% correspondem aos agravos biológicos. Os principais diagnósticos psicossociais são: abuso/dependência de substâncias psicoativas, distúrbios de conduta, violência familiar e opressão familiar, conflitos familiares, transtornos mentais decorrentes ou não do abuso de drogas (depressão, ansiedade, fobias, psicoses, transtorno do estresse pós-traumático, dificuldade escolar/distúrbio de aprendizagem, alcoolismo parental, dentre outros). Quanto aos diagnósticos orgânicos, os mais prevalentes são: alterações em saúde bucal, infecções sexualmente transmissíveis (IST), dermatoses, distúrbios respiratórios, distúrbios gastrointestinais, cefaleias, acne, dislipidemias e sobrepeso.

Em relação às adolescentes do sexo feminino, além das questões descritas acima, ocorrem: tensão pré-menstrual, IST, alterações ginecológicas e intercorrências decorrentes da gravidez, parto e puerpério.

Constatou-se que as demandas devido ao uso abusivo de drogas e à história de vida dos adolescentes e suas famílias são potencializadas pelo sofrimento psíquico provocado pela privação de liberdade.

6. Critérios de Inclusão

O Guia de Enfermagem na Atenção ao Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa deverá ser aplicado em todas as Unidades de Saúde do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal.

7. Critérios de Exclusão

Pacientes submetidos a algum tipo de procedimento ou cuidado em serviços de saúde não descritos nos critérios de inclusão.

8. Conduta

Seguir as condutas e orientações descritas em cada POP deste Guia.

8.1 Conduta Preventiva

Não se aplica.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Não se aplica.

8.3 Tratamento Farmacológico

Não se aplica.

8.3.1 Fármaco(s)

Não se aplica.

8.3.2 Esquema de Administração

Não se aplica.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Não se aplica.

9. Benefícios Esperados

Incentivar o fortalecimento, organização, integração e normatização dos processos de trabalho das Unidades de Saúde do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal.

10. Monitorização

A monitorização será de acordo com o descrito em cada POP deste Guia enquanto o usuário estiver na Unidade Socioeducativa; e após liberdade, os casos deverão ser acompanhados pelas Unidades Básicas de Saúde de referência do usuário, realizando encaminhamentos para outros serviços e níveis de atenção.

11. Acompanhamento Pós-tratamento

Não se aplica.

12. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

A Constituição Federal (CF) disserta sobre alguns deveres do Estado. Em consonância a isso, é mister registrar os deveres do Estado com o adolescente a luz da CF de 1988. O artigo 227 da CF dispõe:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com a absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência

familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência. Discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Dessa forma, o adolescente que está privado de liberdade e em cumprimento de medida socioeducativa de internação ou de internação provisória, a unidade em que está internado é responsável por esse adolescente, podendo autorizar os procedimentos em saúde, sendo os responsáveis por esses adolescentes fora da unidade informados posteriormente.

13. Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

Os dados coletados anualmente pela Diretoria de Saúde Mental/COORPSAM/SUBSIS/SECRIANÇA, Gerência de Serviços de Enfermagem na Atenção Primária e Secundária/DIENF/COASIS/SAIS/SES e pela Gerência de Atenção à Saúde de Populações em Situação Vulnerável e Programas Especiais/DAEAP/COAPS/SAIS/SES, através dos indicadores pactuados neste protocolo, servirão para o planejamento das ações dos gestores de cada localidade e das áreas técnicas responsáveis.

Outro aspecto relevante refere-se ao acompanhamento constante da aplicação dos protocolos – adequação, pertinência, capacidade de induzir novas respostas e atualização que acontecerá a cada dois anos. Esse acompanhamento poderá criar um espaço importante de produção de novas evidências científicas sobre a utilização de protocolos na atenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa no SUS.

A avaliação e monitorização dos protocolos serão realizadas a partir de indicadores já pactuados, a saber:

1. Percentual de adolescentes com diagnóstico de DST na Unidade Socioeducativa de Internação nos últimos 12 meses;
2. Percentual de adolescentes com diagnóstico de HIV na Unidade Socioeducativa de Internação nos últimos 12 meses;
3. Percentual de Unidades Socioeducativas de Internação que disponibilizam preservativos internamente;
4. Percentual de adolescentes privados de liberdade que realizaram teste rápido de HIV nos últimos 12 meses;
5. Percentual de Unidades Socioeducativas de Internação que possibilitam a visita íntima aos adolescentes;
6. Percentual de adolescentes grávidas na Unidade Socioeducativa de Internação que realizaram pré-natal na rede SUS nos últimos 12 meses;
7. Percentual de adolescentes na Unidade Socioeducativa de Internação que realizaram ao menos uma consulta ginecológica nos últimos 12 meses;

8. Percentual de adolescentes com diagnóstico de transtorno mental da Unidade Socioeducativa de Internação em acompanhamento na Rede de Atenção Psicossocial;
9. Percentual de adolescentes da Unidade Socioeducativa de Internação que fazem uso de medicação psicotrópica mediante prescrição médica nos últimos 12 meses;
10. Percentual de adolescentes na Unidade Socioeducativa de Internação que foram diagnosticados por uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas nos últimos 12 meses;
11. Percentual de adolescentes na Unidade Socioeducativa de Internação que tentaram suicídio nos últimos 12 meses;
12. Percentual de adolescentes na Unidade Socioeducativa de Internação que vieram a óbito em decorrência de violências nos últimos 12 meses;
13. Percentual de notificações de violência contra adolescentes na Unidade Socioeducativa de Internação nos últimos 12 meses;
14. Número de ações de promoção da saúde e ações educativas realizadas na Unidade Socioeducativa de Internação nos últimos 12 meses;
15. Percentual de adolescentes com calendário vacinal atualizado na Unidade Socioeducativa de Internação nos últimos 12 meses;
16. Percentual de adolescentes que realizaram ao menos uma consulta odontológica na Unidade Socioeducativa de Internação nos últimos 12 meses;
17. Percentual de adolescentes que realizaram pelo menos uma avaliação clínica na Unidade Socioeducativa de Internação nos últimos 12 meses;
18. Percentual de adolescentes com diagnóstico de dermatoses na Unidade Socioeducativa de Internação nos últimos 12 meses;
19. Percentual de adolescentes com diagnóstico de doenças respiratórias na Unidade Socioeducativa de Internação nos últimos 12 meses.

14. Referências Bibliográficas

1. FERNANDES, F.M.B; RIBEIRO, J.M; MOREIRA, M.R. **A saúde do adolescente privado de liberdade: um olhar sobre políticas, legislações, normatizações e seus efeitos na atuação institucional.** *Saúde Debate*. 2015;39(n. especial):120-131.
2. MONTEIRO, E.M.L.M. et al. **Percepção de adolescentes infratoras submetidas à ação socioeducativa sobre assistência à saúde.** *Esc Anna Nery*. 2011;15(2):323-330.

3. SÃO PAULO. Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente: Fundação Casa. **Manual de rotinas e procedimentos de enfermagem**. São Paulo, 2015.
4. COSTA, R.F; QUEIROZ ,M.V.O; ZEITOUNE, R.C.G. **Cuidados aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade**. Esc. Anna Nery. 2012;16(3):466-472.
5. FRANCISCHINI, R; CAMPOS, H.R. **Adolescente em conflito com a lei e medidas socioeducativas: Limites e (im)possibilidades**. Psico. 2005;36(3):267-273.
6. ESPÍNDULA, D.H.P; SANTOS, M.F.S. **Representações sobre a adolescência a partir da ótica dos educadores sociais de adolescentes em conflito com a lei**. Psicologia em estudo. 2004;9(3):357-367.
7. BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente: disposições constitucionais pertinentes**. 6 ed. Brasília: Senado Federal; 2005.
8. SALES, C.B. et al. **Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v. 71, n. 1, p. 126-134, fev. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 ago. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
9. COREN-GO. **Padronização na Enfermagem: o que é, como se faz e para quê?** COREN-GO: Goiânia, mar. 2014. Disponível em: <http://www.corengo.org.br/padronizacao-na-enfermagem-o-que-e-como-se-faz-e-para-que> 2585.html. Acesso em 28 ago.2018.
10. ROSSO, C.F.W.et al. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde do Estado de Goiás** – Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014.
11. PIMENTA, C.A.M.et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

SUMÁRIO

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE

1.1 Acolhimento de Enfermagem.....	11
1.2 Classificação de Risco e Vulnerabilidade.....	14
1.3 Acompanhamento Biopsicossocial de Adolescentes.....	41
1.4 Consulta de Enfermagem em Diabetes Mellitus.....	52
1.5 Higienização das Mãos.....	56
1.6 Extração Manual do Leite Humano.....	65
1.7 Assistência de Enfermagem no Manejo ao Ingurgitamento Mamário.....	68
1.8 Assistência à Puérpera acometida com Mastite.....	71
1.9 Estímulo à Paternidade Ativa.....	75
1.10 Manejo de Crises Orgânicas.....	79
1.11 Gerenciamento de Crises Psíquicas.....	82
1.12 Assistência ao Paciente com Estomia.....	85

2. DEMANDAS ADMINISTRATIVAS

2.1 Liberação do Usuário.....	88
2.2 Transferência do usuário.....	90

3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

3.1 Organização, Conferência e Reposição do Carro de Emergência.....	92
3.2 Reanimação Cardiopulmonar.....	105

4. ATIVIDADES EDUCATIVAS

4.1 Atividade Educativa Coletiva e Individual.....	111
--	-----

5. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO

5.1 Teste Rápido de Gravidez (TRG)	115
5.2 Testagem Rápida de HIV, Sífilis e Hepatites.....	118
5.3 Coleta de Material Biológico para Exames.....	124
5.4 Coleta de Exame Citopatológico.....	128

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.1 ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Aplicar o acolhimento como uma ação técnico-assistencial, melhorando o processo de escuta qualificada direcionado à assistência;
- Implicar mudanças na relação entre profissional e usuário;
- Facilitar a organização dos serviços e melhorar a qualidade da assistência, tendo o paciente como eixo principal e participante ativo;
- Melhorar condições de saúde dos usuários existentes no sistema socioeducativo do Distrito Federal.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

O acolhimento tem como fundamento identificar as principais demandas de saúde apresentada pelo usuário dentro do sistema socioeducativo do Distrito Federal. Esse atendimento é realizado através da equipe de saúde, viabilizando sempre o atendimento

humanizado a fim de organizar os atendimentos voltados à saúde, promovendo assim uma abordagem de prevenção aos usuários.

Na medida em que o profissional de enfermagem considera o usuário como ser humano, sujeito e ator social esse é capaz de construir junto a ele um novo percurso para o processo saúde-doença-cuidado, fazendo com que a assistência de enfermagem seja reconhecida como prática social, atividade que visa atender às necessidades das pessoas. Acontece no bojo das relações interpessoais, inserindo-se no processo cultural e histórico da interação entre os seres humanos.

Compreender a enfermagem como uma prática social, significa ultrapassar a perspectiva técnico-operativa e reconhecê-la como uma das muitas práticas da sociedade, que tem como produto final o cuidado de enfermagem em relação à pessoa. Além de o enfermeiro ser capaz de compreender o indivíduo como um ser singular, é reconhecido pela capacidade de acolher as necessidades e expectativas dos usuários.

O acolhimento deve ser uma ferramenta para humanização dos serviços de saúde, com qualificação da escuta, favorecimento à construção de vínculos e à garantia de acesso ao usuário, o que pressupõe a responsabilização dos profissionais pelo cuidado prestado. Ao ouvir o usuário, os profissionais terão melhora na relação e desenvolvimento de uma parceria mais colaborativa.

Dessa forma, ao considerar o acolhimento como ação social, os enfermeiros que acolhem o indivíduo que traz sua demanda, deve tratá-lo como sujeito do cuidado. Contudo, o fruto dessa relação social deve ser resolutivo.

6. Atribuição do Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Enfermeiro: receber as demandas apresentadas no ato do acolhimento de enfermagem e realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), possibilitando assim uma elaboração de cuidados aos usuários. Caso o usuário não apresente queixas no momento, ressaltar sobre os malefícios das drogas lícitas e ilícitas, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), uso de preservativo, higiene pessoal e do local que se encontra, entre outras orientações, tais quais, dietéticas, atividade física, higiene do sono;
- Técnico/Auxiliar de Enfermagem: acolher/atender de forma humanizada o usuário no sistema socioeducativo a fim de conhecer e evidenciar suas principais demandas já existentes e posteriormente comunicar ao enfermeiro responsável.

7. Materiais Necessários

- Prontuário do usuário;
- Caneta;

- Material de avaliação: esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro e glicosímetro.

8. Descrição da Técnica

1. Atender o paciente em um ambiente privativo, com ambiência, permitindo o diálogo e a resolutividade do problema;
2. Durante a escuta quanto ao motivo de entrada na unidade ou procura ao serviço, deve-se levar em consideração o contexto em que o usuário está inserido;
3. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas ao nível de sua qualificação;
4. Comunicar ao enfermeiro (quando for realizada pelo técnico de enfermagem) e médico quando o motivo for uma queixa, sinal ou sintoma para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas;
5. O usuário que apresentar queixas clínicas deve ser avaliado pelo enfermeiro e/ou médico;
6. O responsável pela avaliação clínica deve atender a resolutividade, agendando consultas ou retornos na referência da unidade socioeducativa, se necessário;
7. Responder às demandas de vigilância à saúde e encaminhar queixas ou denúncias de cunho ambiental/social às instâncias pertinentes;

9. Recomendações/Observações

- A equipe de enfermagem tem um papel importante nas intervenções de assistência;
- O acolhimento envolve o comprometimento de toda equipe em recepcionar, focar na escuta ao usuário e realizar um tratamento humanizado com o objetivo de atender suas necessidades para amenizar o sofrimento seja de ordem física, psíquica ou até mesmo espiritual.

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimentos nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF, 2008.

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.2 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Realizar a classificação de risco e a avaliação da vulnerabilidade dos adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, possibilitando a identificação das diferentes gradações de risco, situações de maior urgência e dando as devidas prioridades.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

A avaliação ou estratificação de risco é uma ferramenta que garante o acesso com equidade, possibilita graduar o risco e definir as situações de maior urgência, fazendo, assim, as prioridades necessárias.

Na avaliação de risco é importante reservar um espaço de escuta onde a pessoa tenha privacidade, tanto porque o modo de manifestar sofrimento varia entre as pessoas, quanto porque há situações em que a exposição pública do sofrimento causa constrangimento ao usuário.

A estratificação de risco também é importante para definir o cuidado que o adolescente necessita e em que tempo isso deve ocorrer. Dessa forma, é possível identificar as situações em que a intervenção deve ser imediata.

Identificar o risco biológico é tão importante quanto incluir no plano de cuidados a vulnerabilidade das pessoas. Por exemplo, quando um adolescente procura a unidade com um atendimento clinicamente simples depois de muitos anos sem nenhum atendimento em saúde, este se torna um momento oportuno para ofertar ou programar outras possibilidades de cuidado. Portanto, utilizar protocolos de estratificação de risco (normalmente usados nos serviços de urgência/emergência) nem sempre funciona na APS, pois as questões que envolvem vulnerabilidade podem ser exceções ao que estão padronizados, logo esses protocolos precisam ser ressignificados e ajustados.

Por conseguinte, a avaliação de risco e vulnerabilidade deve ser um processo que envolva a escuta qualificada dos usuários, formando um processo de diálogo e promovendo o autocuidado. Mas ao mesmo tempo entendendo que existem situações em que é importante agir imediatamente e outras que não estavam previstas na agenda de trabalho.

6. Materiais Necessários

- Prontuário do/a paciente, se disponível;
- Caneta;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Termômetro;
- Glicosímetro;
- Oxímetro;
- Maca;
- Carrinho de parada cardiorrespiratória;
- Oxigênio;
- Agulha;
- Seringa;
- Espadrado;
- Micropore;
- Luvas;
- Álcool;
- Garrote;
- Cateter venoso periférico;
- Conexão de duas vias;

- Bandeja;
- Algodão.

7. Descrição da Técnica

Abaixo estão descritas as situações de maior prevalência nas unidades de internação e que necessitam de estratificação de risco.

I. Anafilaxia

- **Conceito:** é a reação imediata ou do tipo I, mediada pela imunoglobulina E (Ig E). Além das anafilaxias, existem também as reações anafilactóides, que não são mediadas pela IgE, porém também desencadeiam reações imunes, pela via dos mastócitos e basófilos. As reações anafiláticas são causadas na maioria das vezes por alimentos, picadas de insetos ou contato com outros animais e por drogas (medicações), sendo estas as mais prevalentes. Pessoas com antecedente anterior de reações alérgicas são mais propensas a novos episódios, assim como pacientes com asma. Abaixo exemplificamos alguns fatores desencadeantes de reações anafiláticas.
- Avaliar a usuário com anafilaxia: o enfermeiro deve fazer a avaliação primária e suspeitar de anafilaxia em pacientes com história de contato com alérgeno e que apresenta sintomas respiratórios, cardiovasculares, dermatológicos e/ou gastrointestinais;
 - **Atendimento imediato:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais/sintomas: comprometimento das vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrios vesiculares, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica) angioedema e/ou alteração do nível de consciência;
 1. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
 2. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
 3. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelemburg;
 4. Puncionar acesso venoso periférico;
 5. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
 6. Garantir vias aéreas desobstruídas;
 7. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica;

8. Realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP), caso o paciente não tenha pulso (conforme protocolo do RCP).

○ **Atendimento prioritário:**

- 1.O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais/sintomas: prurido cutâneo intenso e/ou urticária (*rash* cutâneo em todo corpo);
- 2.Ao identificar os sinais/sintomas apresentados o paciente deverá passar por consulta médica no mesmo dia;
- 3.Coletar a história do paciente identificando possíveis causas para o prurido e/ou urticária e explicar ao paciente os seus sinais/sintomas;
- 4.Realizar exame físico, com foco na pele;
- 5.Orientar o paciente sobre cuidados gerais: a não coçar o local; evitar banhos longos, evitar irritantes de contato (roupas de lã, apertadas, entre outros).

○ **Atendimento programado:**

- 1.O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: história **pregressa** de urticária, angioedema ou reação do tipo anafilática, sem sinais e/ou sintomas agudos;
- 2.Verificar a necessidade de encaminhamento para o médico, caso haja necessidade agendar consulta;
- 3.Orientar o paciente sobre cuidados gerais: a não coçar o local; evitar banhos longos, evitar irritantes de contato (roupas de lã, apertadas, entre outros);
- 4.Orientar retorno em caso de persistência e/ou agravamento de sintomas.

II. Cefaleia

- **Conceito:** existem dois tipos de cefaleia, a tensional e a enxaqueca. A cefaleia tensional é de intensidade leve e moderada e não piora com as atividades rotineiras, pode durar minutos, horas ou dias, em geral ela não é associada a sintomas mais graves (fotofobia, náuseas, vômitos ou aura). Já a enxaqueca, pode acontecer com ou sem aura (experiência sensorial de curta duração que surge antes ou durante a enxaqueca). A primeira é a comum, não ocorrendo nenhum sinal ou sintoma neurológico. Os sintomas mais comuns são: alteração do humor, irritabilidade, hiperatividade, sonolência, dificuldade de concentração, bocejar excessivo, hiperosmia, foto e fonofobia, diarreia ou constipação, sede, poliúria, retenção de fluidos, anorexia e apetência por alimentos específicos. Na enxaqueca com aura estão presentes os sintomas neurológicos focais, que duram até 60 minutos, os sintomas mais comuns são: fenômenos visuais positivos (cintilações, linhas em

zigue-zague) e ou negativos (estocomas), seguidos por hemiparestesias e por disfasia. A dor na enxaqueca é geralmente de localização unilateral, de intensidade moderada a forte e piora com as atividades rotineiras.

- Realizar o histórico de enfermagem como primeira parte da avaliação de enfermagem, coletar os seguintes dados: recorrência da cefaleia, localização da dor, intensidade (realizar escala de expressão de facial ou escala numérica), atividades rotineiras, mudanças de vida, estresse, ciclo menstrual no caso das mulheres, hábitos de vida, antecedentes pessoais e familiares;
- Realizar exame físico como segunda parte da avaliação do enfermeiro, com foco na pressão arterial, e no exame neurológico: avaliação do nível de consciência (se necessário utilizar Escala de Coma de Glasgow), avaliar o padrão respiratório, as pupilas e os movimentos motores;
- Na última etapa da avaliação diferenciar cefaleia de diagnósticos mais graves tais como: hipertensão intracraniana, meningite, encefalite, etc. E continuar o acompanhamento segundo o nível de prioridade.

- **Atendimento imediato:**

1. O enfermeiro deve seguir os seguintes sinais e sintomas: comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angioedema e/ou alteração do nível de consciência;
2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
4. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelemburg;
5. Puncionar acesso venoso periférico;
6. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
7. Garantir vias aéreas desobstruídas;
8. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica;

- **Atendimento prioritário:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: o paciente apresenta alguma alteração do nível de consciência (escala de Glasgow), dor forte/moderada, febre, alteração na visão, alterações na pele, sinais de meningite (rigidez na nuca, sinal de Brudzinski e Kerning positivos) e/ou sintomas neurológicos;

2. Agendar consulta médica para o mesmo turno;

○ **Atendimento no dia:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: dor leve e história de febre;
2. Avaliar a necessidade de atendimento médico no mesmo dia;
3. Realizar orientações gerais: aconselhar atividades físicas moderadas, técnicas de relaxamento, regular padrão de sono, momentos de descanso ao longo do dia;
4. Encaminhar para prática integrativa em saúde, conforme disponibilidade;
5. Orientar o paciente a fazer registro das crises e caso haja persistência volte a procurar atendimento.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: história de cefaleia sem sinais e sintomas no momento;
2. Colher a história do paciente identificando outras queixas e vulnerabilidades;
3. Realizar orientações gerais: aconselhar atividades físicas moderadas, técnicas de relaxamento, regular padrão de sono, momentos de descanso ao longo do dia;
4. Encaminhar para prática integrativa em saúde, conforme disponibilidade;
5. Orientar o paciente a fazer registro das crises e caso haja persistência volte a procurar atendimento.

III. Crise Convulsiva e epilepsia

- **Conceito:** a crise convulsiva é um evento causado por descargas anormais, excessivas e hipersincrônicas de um agregado de neurônios do sistema nervoso central (SNC), podendo ter várias manifestações, desde uma atividade convulsiva dramática até fenômenos sutis, difíceis de identificar. O elemento fundamental para o diagnóstico da epilepsia é o fenômeno ictal, ou seja, a crise epiléptica. Dentre as causas das crises convulsivas para os adolescentes, tem-se: traumatismo, distúrbios genéticos, infecção do SNC, tumor cerebral e uso de drogas;
- Realizar o histórico de enfermagem com a ajuda do acompanhante (que presenciou a crise): fatores pré-crise (como aconteceu, o que o paciente sentiu, quanto tempo durou, perda de consciência, queixa de dor, queda, lesões), fatores pós-crise (tempo de reorientação, confusão, agitação) e antecedentes pessoais e familiares (doenças, uso de medicações, uso de álcool e drogas, depressão ansiedade, casos na família);
- Realizar exame físico.

○ **Atendimento imediato:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angioedema e/ou alteração do nível de consciência;
2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
4. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelenburg;
5. Puncionar acesso venoso periférico;
6. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
7. Garantir vias aéreas desobstruídas;
8. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica.

○ **Atendimento prioritário:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: história de envenenamento, abuso de medicação ou trauma, com alterações do nível de consciência, sinais de meningismo, sinal neurológico focal perceptível e/ou cefaleia forte;
2. Agendar consulta médica para o mesmo turno.

○ **Atendimento no dia:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: febre e/ou cefaleia leve;
2. Avaliar a necessidade de atendimento médico no dia;
3. Orientar paciente e acompanhante: sobre os primeiros socorros durante as crises convulsivas, potenciais fatores precipitadores, orientar o paciente a solicitar ajuda caso iniciem os sintomas de convulsão e informá-los a voltarem a procurar o serviço caso outra crise aconteça.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: história de epilepsia ou de crises recorrentes, porém sem sinais ou crise recente, ou sintomas no momento;
2. Avaliar a necessidade de marcar uma consulta com médico;

3. Orientar paciente e acompanhante: sobre os primeiros socorros durante as crises convulsivas, potenciais fatores precipitadores, orientar o paciente a solicitar ajuda caso iniciem os sintomas de convulsão e informá-los a voltarem a procurar o serviço caso outra crise aconteça.

IV. Diarreia e vômitos

- **Conceito:** diarreia consiste na alteração da função intestinal com perda excessiva de água e eletrólitos pelas fezes e/ou vômitos. Manifesta-se clinicamente pelo aumento do número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes. O vômito, por sua vez, é a ejeção rápida e forçada do conteúdo gastrointestinal pela cavidade oral. É, na maioria das vezes, precedido por náuseas, porém podem ocorrer sem esse sintoma, sendo chamados de vômitos em jato. Muitas vezes essas duas condições se manifestam juntas;
- Realizar o histórico e avaliação de enfermagem: início do quadro, tempo e duração das queixas, relação temporal com as refeições, número de evacuações e vômitos, conteúdo e odor do vômito, vômitos em jato, presença de muco ou sangue nas fezes, febre, náuseas; perguntar se parentes ou conhecidos estão com os mesmos sintomas, presença de doenças crônicas, entre outros;
- Realizar exame físico com foco na hidratação da pele e das mucosas, distensão abdominal, presença de ruídos hidroaéreos, dor abdominal, presença de massas, dor à descompressão brusca dolorosa, contração abdominal involuntária e icterícia;
 - **Atendimento imediato:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), angioedema, alteração do nível de consciência, dor severa, hematêse, hematoquesia, melena e/ou retorrágia;
 2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
 3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
 4. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelenburg;
 5. Puncionar acesso venoso periférico;
 6. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;

7. Garantir vias aéreas desobstruídas;
8. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica.

○ **Atendimento prioritário:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: dor moderada, diarreia intensa, sinais de desidratação, história de fezes pretas ou com sangue, história de hematêmese e vômitos persistentes;
2. Verificar necessidade de chamar serviço de urgência;
3. Agendar consulta médica para o mesmo turno;
4. Realizar reidratação oral;
5. Fornecer/orientar métodos não farmacológicos de alívio da dor: controle de fatores ambientais (temperatura, iluminação, ruídos), orientar o sono/repouso adequado, etc.
6. Orientações que devem ser dadas: registrar frequência e características das fezes e dos vômitos, ter alimentação saudável e aumentar a ingestão de líquidos, ensinar técnicas de redução de estresse (caso o agravo tenha relação com ansiedade, medo, falta de conhecimento, entre outros), encorajar o repouso;
7. Solicitar retorno se houver persistência dos sintomas.

○ **Atendimento no dia:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: dor leve, diarreia e/ou vômitos, sem desidratação;
2. Verificar a necessidade de agendar consulta médica para o mesmo dia;
3. Realizar reidratação oral;
4. Fornecer/orientar métodos não farmacológicos de alívio da dor: controle de fatores ambientais (temperatura, iluminação, ruídos), orientar o sono/repouso adequado, entre outros.
5. Dar as seguintes orientações: registrar frequência e características das fezes e dos vômitos, ter alimentação saudável e aumentar a ingestão de líquidos, ensinar técnicas de redução de estresse (caso o agravo tenha relação com ansiedade, medo, falta de conhecimento, entre outros), encorajar o repouso;
6. Solicitar retorno se houver persistência dos sintomas.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: o paciente refere história de dor leve, diarreia e/ou vômitos, mas sem sintomas no momento;
2. Investigar situações de vulnerabilidade para não perder a oportunidade da intervenção;
3. Agendar consulta médica, caso haja necessidade;
4. Realizar reidratação oral;
5. Dar as seguintes orientações: manter alimentação saudável e ingestão de líquidos adequada, ensinar técnicas de redução de estresse (caso o agravo tenha relação com ansiedade, medo, falta de conhecimento, entre outros), encorajar o sono/repouso;
6. Solicitar retorno se houver persistência dos sintomas.

V. Dispneia

- **Conceito:** considera-se dispneia como sendo um sintoma alarme multifatorial que pode ter diversos mecanismos fisiopatológicos, entre os quais, pulmonar, cardiogênico e psicológico. Define-se dispneia como a sensação de desconforto respiratório, incongruente ao nível de esforço desenvolvido. Pode ser de curso agudo ou crônico, de início insidioso ou abrupto e de intensidade leve à incapacitante. Pode também estar isolado ou associado a outros sinais e sintomas, que, por exemplo, no caso de pneumopatias, poderá vir adjunto à tosse, taquipneia, utilização de musculatura respiratória acessória, febre e dor torácica;
- Fazer coleta de dados e avaliação de enfermagem: perguntar o início dos sintomas, caracterizar a dispneia (leve, moderada), histórias pregressas e familiares de queixas/doenças respiratórias, hábitos de vida, condições do domicílio;
- Verificar sinais vitais: principalmente frequência respiratória e saturação de oxigênio;
- Realizar exame físico: observar sinais de desconforto respiratório, cansaço, se atentar principalmente ao exame do tórax (mas não somente), observar movimentos respiratórios, uso de musculatura acessória e sons respiratórios.
 - **Atendimento imediato:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: comprometimento de vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrio vesicular, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), pessoa não responsiva (Glasgow 3) ou pessoa sem sinais e sintomas do item acima, mas com alteração do nível de consciência, dor torácica, taquicardia acentuada (FC: > 120b/m em adultos), sinais de dificuldade

respiratória: utilização de musculatura acessória, tiragem acentuada; batimento de asa de nariz, incapacidade de articular frases ou de alimentar-se, aumento da frequência respiratória em repouso (taquipneia), início agudo pós-traumático, PFE <60% (pico de fluxo expiratório);

2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
4. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelenburg;
5. Puncionar acesso venoso periférico;
6. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
7. Garantir vias aéreas desobstruídas;
8. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica.

○ **Atendimento prioritário:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: febre, história de asma (em tratamento ou não), história de hipertensão, diabetes ou cardiopatia, com PFE entre 60-80%;
2. Agendar consulta médica para o mesmo turno;
3. Posicionar o paciente de modo a maximizar o potencial ventilatório;
4. Monitorar a condição respiratória e a oxigenação, conforme apropriado;
5. Administrar oxigênio, caso haja prescrição médica.

○ **Atendimento no dia:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: história de febre ou tosse, algum outro problema recente, dor e PFE > 80%;
2. Avaliar a necessidade de agendar consulta médica no mesmo dia;
3. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: sem febre ou tosse, nenhum outro problema recente, sem dor e PFE > 80%;
2. Agendar consulta médica, caso haja necessidade;
3. Se atentar a outras questões de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção;
4. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

VI. Dor Abdominal

- **Conceito:** dor abdominal aguda é a combinação de lesão tecidual, dor e ansiedade. O que define a crônica é a persistência e refratariedade ao tratamento. A definição de dor abdominal aguda é bastante arbitrária, já que não está estabelecida uma duração específica para ela. Quadros que duram poucos dias, com piora recente, configuram claramente uma dor abdominal aguda; quadros com instalação por meses ou anos configuram dor abdominal crônica. As dores agudas não cirúrgicas são a dismenorreia (dor abaixo do ventre, relacionada com o período menstrual, podendo ser primária ou secundária, esta última associada a doenças); a dispepsias (dor epigástrica), cólica renal, doença inflamatória pélvica (tríade clássica consiste em: dor pélvica, dor à mobilização cervical e à palpação dos anexos e febre), constipação intestinal. A dor aguda cirúrgica é definida como abdome agudo e tem piora rápida: são as síndromes inflamatórias e obstrutivas. Existem ainda as causas não abdominais, que podem se apresentar com dor referida no abdome;
- Fazer coleta de dados e avaliação de enfermagem: esclarecer bem a característica da dor (localização, irradiação, caráter, intensidade, duração, evolução, fatores desencadeantes ou agravantes, fatores de alívio e relação com as funções orgânicas), histórico pessoal e familiar, ciclo menstrual, IST, uso de medicamentos e hábitos de vida;
- Verificar sinais vitais;
- Realizar exame físico: se atentar principalmente (mas não somente) ao exame abdominal: presença de distensão, hérnias, cirurgias prévias, motilidade intestinal, presença de líquido ascítico, massas sólidas, avaliação dos rins. E por fim, é preciso tentar localizar a dor, para relacionar com possíveis agravos.
 - **Atendimento imediato:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: paciente com queixa de dor abdominal e com comprometimento das vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrios vesiculares, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica) ou alteração do nível de consciência; angioedema ou púrpura associada à febre;
 2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
 3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;

4. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelemburg;
5. Puncionar acesso venoso periférico;
6. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
7. Garantir vias aéreas desobstruídas;
8. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica.

○ **Atendimento prioritário:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: dor moderada, diarreia intensa, com sinais de desidratação, história de fezes pretas ou com sangue e vômitos persistentes;
2. Verificar necessidade de chamar serviço de urgência;
3. Agendar consulta médica para o mesmo turno;
4. Realizar reidratação oral;
5. Fornecer/orientar métodos não farmacológicos de alívio da dor: controle de fatores ambientais (temperatura, iluminação, ruídos), orientar o sono/repouso adequado, entre outros;
6. Orientações que devem ser dadas: registrar frequência e características das fezes e dos vômitos, ter alimentação saudável e aumentar a ingesta de líquidos, ensinar técnicas de redução de estresse (caso o agravo tenha relação com ansiedade, medo, falta de conhecimento, entre outros), encorajar o repouso;
7. Solicitar retorno se houver persistência dos sintomas.

○ **Atendimento no dia:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: algum sintoma ou problema recente associado, dor leve ou história de febre;
2. Verificar a necessidade de agendar consulta médica para o mesmo dia;
3. Fornecer/orientar métodos não farmacológicos de alívio da dor: controle de fatores ambientais (temperatura, iluminação, ruídos), orientar o sono/repouso adequado, etc.
4. Solicitar retorno se houver persistência dos sintomas.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: sem sintomas recentes;
2. Agendar consulta médica, caso haja necessidade;
3. Se atentar a outras questões de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção;

4. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

VII. Dor torácica

- **Conceito:** corresponde à dor localizada à região anterior do tórax, de início súbito ou recente, tipicamente menos de 24 horas, que para além de causar desconforto ao doente motiva o recurso aos serviços de saúde. A dor pode ter origem cardíaca (angina, IAM), gastresofagiana (refluxo, espasmo, úlcera), músculo-esquelética, pneumotórax, embolia pulmonar e até psicoemocional;
- Fazer coleta de dados e avaliação de enfermagem: é importante definir a localização principal, forma de início, intensidade, irradiação, tipo, duração, recorrência, fatores precipitantes, fatores que melhoram e pioram a dor, sinais e sintomas associados (febre, tosse, dispneia, ortopneia, hematêmese, entre outros), comorbidades (hipertensão, diabetes), medicamentos em uso, alcoolismo, drogadição, antecedentes mórbidos pessoais. Caso haja suspeita de origem cardíaca, é fundamental a determinação da referência temporal: há quanto tempo começou, como se iniciou (se súbito ou gradativo), quanto tempo dura a crise, como melhora (se súbito ou gradativo), se é contínua ou intermitente. Sendo intermitente, quanto tempo demora entre as crises;
- Verificar sinais vitais;
- Realizar exame físico: com foco no sistema cardíaco circulatório, avaliar ritmo cardíaco, alterações nas bulhas, pulso arterial, sinais de dispneia e de choque (hipotensão arterial, palidez, confusão mental, extremidades frias, sudorese), circulação dos membros inferiores;
 - **Atendimento imediato:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: paciente apresenta comprometimento das vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrios vesiculares, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica), pessoa não responsiva ou com alteração do nível de consciência. Febre alta, dor severa/incapacitante, dor abdominal associada, dispneia aguda, dor precordial e/ou FC < 60 ou > 120 bpm;
 2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
 3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
 4. Puncionar acesso venoso periférico;
 5. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;

6. Garantir vias aéreas desobstruídas;
7. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica;
8. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelemburg;
9. Considerar outras medidas de acordo com diagnóstico específico (por exemplo, em caso de infarto do miocárdio seguir protocolos próprios);
10. Agendar retorno após alta para acompanhamento.

○ **Atendimento prioritário:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: dor moderada e/ou vômitos associados;
2. Em caso de suspeita de abscesso, acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento do paciente para o hospital de referência;
3. Agendar consulta médica para o mesmo turno;
4. Investigar febre reumática: pois quando ela atinge o coração, o paciente, em geral, sente fadiga, dispneia, taquicardia e dor torácica.

○ **Atendimento no dia:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: dor leve ou problema recente associado;
2. Verificar a necessidade de agendar consulta médica para o mesmo dia;
3. Fornecer/orientar métodos não farmacológicos de alívio da dor: controle de fatores ambientais (temperatura, iluminação, ruídos), orientar o sono/repouso adequado, entre outros;
4. Solicitar retorno se houver persistência dos sintomas.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: o paciente não possui problema no momento;
2. Agendar consulta médica, caso haja necessidade;
3. Se atentar a outras questões de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção;
4. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

VIII. Intoxicação aguda por medicamentos

- **Conceito:** é a manifestação clínica do efeito nocivo, resultante da interação de uma substância química com um organismo vivo. O uso é considerado nocivo quando diminui perceptivamente a capacidade do organismo em manter sua homeostasia,

quer sejam efeitos reversíveis ou irreversíveis; produz, numa exposição prolongada, um transtorno da capacidade funcional e/ou da capacidade do organismo em compensar nova sobrecarga; aumenta a suscetibilidade aos efeitos indesejáveis de outros fatores, tais como os químicos, físicos, biológicos ou socioambientais. Em qualquer caso suspeito ou confirmado de evento toxicológico, deve-se entrar em contato com o Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIAT). Os casos de intoxicações são influenciados profundamente por elementos sociais, culturais, sanitários, e variam paralelamente a estes, podendo ocorrer acidentalmente de forma individual ou coletiva, ocupacional, por tentativa de suicídio, tentativa de aborto, tentativa de homicídio, automedicação, uso terapêutico, prescrição médica inadequada, erro de administração, abuso, violência, ingestão de alimentos contaminados, uso indevido do produto, entre outros. Por isso a equipe deve estar atenta para os diversos fatores que podem levar à intoxicação;

- O enfermeiro deve primeiramente verificar os sinais vitais: é fundamental manter os parâmetros adequados;
- O enfermeiro deve realizar o histórico de enfermagem com foco em investigar qual a substância envolvida na intoxicação, a quantidade, há quanto tempo aconteceu a intoxicação, como aconteceu. Identificar as comorbidades, antecedentes pessoais e familiares, medicações utilizadas pelo paciente, hábitos de vida (uso de álcool e outras drogas, exposição a substâncias);
- O enfermeiro deve fazer exame físico: caso o paciente não esteja estável realizar exame sumário, com foco no índice de coma de Glasgow, ausculta cardiopulmonar, avaliação da pele, roupas e pupilas, para nortear as medidas iniciais do tratamento. Porém, se o paciente estiver estável, realizar exame físico completo;
- O enfermeiro deve ligar no Centro de Informações Toxicológicas (CIAT das SES DF): 99288-9358, para suporte na intoxicação (definir tratamento e local para o encaminhamento);
- Caso a contaminação seja por via dérmica: retirar a roupa, lavar os locais por 10 a 15 minutos com água corrente. Se produto lipossolúvel, lavar com água e sabão. Caso o produto seja cáustico/corrosivo, após lavagem, tratar como queimadura;
- Caso a contaminação seja por via ocular: lavar os olhos por 10 a 15 minutos com solução fisiológica. Não utilizar colírio anestésico. Pode ser utilizado analgésico sistêmico e colocado tampão na proteção;
- Caso a contaminação seja por via inalatória: deixar o usuário em local ventilado. Avaliar necessidade de oxigênio suplementar;
- Caso a contaminação seja por via oral: seguir as medidas indicadas pelo CIAT. Não provocar vômitos. Avaliar necessidade de lavagem gástrica ou carvão ativado;

○ **Atendimento imediato:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: paciente com queixa/história de intoxicação e que apresenta comprometimento das vias aéreas, dispneia grave, ausência de murmúrios vesiculares, sibilos, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição de perfusão periférica) ou alteração de nível de consciência, dor severa, dispneia aguda, febre alta ou hipotermia;
2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
4. Puncionar acesso venoso periférico;
5. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
6. Garantir vias aéreas desobstruídas;
7. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica;
8. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelemburg;
9. Considerar outras medidas de acordo com diagnóstico específico: casos de contaminação descritos acima;
10. Agendar retorno após alta para acompanhamento.

○ **Atendimento prioritário:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: história de exposição à substância tóxica (sem sinais de alerta acima), febre baixa, reação alérgica cutânea ou ocular e/ou presença de ideação suicida;
2. Agendar consulta médica para o mesmo turno;
3. Pedir orientação do CIAT no telefone 99288-9358;
4. Iniciar medidas de descontaminação (descritas acima);
5. Ouvir, conversar com paciente e seguir protocolo para pacientes com risco de suicídio;
6. Agendar retorno para acompanhamento.

○ **Atendimento no dia:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: paciente exposto a uma substância não tóxica;
2. Verificar a necessidade de agendar consulta médica para o mesmo dia;
3. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: sem história de exposição a substâncias tóxicas ou não tóxicas;
2. Agendar consulta médica, caso haja necessidade;
3. Se atentar a outras questões de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção;
4. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

IX. Sangramento vaginal anormal

- **Conceito:** o sangramento genital feminino é considerado anormal quando existe a perda sanguínea via vaginal, fora do período menstrual ou quando a menstruação se torna duradoura e/ou abundante, o que consequentemente pode levar à anemia aguda e até mesmo ao choque. O sangramento pode ter origem orgânica (traumas, gravidez, neoplasias, endometriose) ou disfuncional (sangramento uterino anormal provocado por uma disfunção hormonal, sem nenhuma causa orgânica);
- O enfermeiro deve verificar os sinais vitais se atentando a sinais de instabilidade hemodinâmica;
- O enfermeiro deve realizar o histórico de enfermagem, se atentando principalmente a idade, duração e característica do sangramento, antecedentes menstruais e obstétricos, fatores de risco para neoplasias, IST, medicamentos, galactorreia, tireoidopatia, doenças hepáticas ou renais, diabetes mellitus, discrasias sanguíneas e anemia. É preciso determinar se o sangramento é leve, moderado ou grave;
- O enfermeiro deve realizar exame físico geral, identificando sinais de instabilidade hemodinâmica (taquicardia, palidez, redução da perfusão periférica, hipotensão, ansiedade). Também é importante fazer uma primeira inspeção detectando distúrbios endócrinos: obesidade, magreza excessiva, hirsutismo, hipotireoidismo;

○ **Atendimento imediato:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: paciente com queixa de sangramento genital, sinais de instabilidade hemodinâmica (taquicardia, palidez, redução da perfusão, periférica, hipotensão, ansiedade), não responsiva e/ou redução do nível de consciência (na escala de coma de Glasgow);
2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
4. Puncionar acesso venoso periférico;

5. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
6. Garantir vias aéreas desobstruídas;
7. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica;
8. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelenburg;
9. Considerar outras medidas de acordo com diagnóstico específico;
10. Agendar retorno após alta para acompanhamento.

○ **Atendimento prioritário:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: dor intensa, sangramento abundante (sem sinais de choque), febre e/ou suspeita de aborto;
2. Agendar consulta médica para o mesmo turno;
3. Fornecer/orientar métodos não farmacológicos de alívio da dor: controle de fatores ambientais (temperatura, iluminação, ruídos), orientar o sono/repouso adequado, entre outros.

○ **Atendimento no dia:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: sangramento leve a moderado prolongado, corrimento vaginal e/ou dispareunia;
2. Verificar a necessidade de agendar consulta médica para o mesmo dia;
3. Fornecer/orientar métodos não farmacológicos de alívio da dor: controle de fatores ambientais (temperatura, iluminação, ruídos), orientar o sono/repouso adequado, etc.;
4. Solicitar retorno se houver persistência dos sintomas.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: história de sangramento aumentado, mas sem problemas no momento;
2. Agendar consulta médica, caso haja necessidade;
3. Orientar a paciente sobre seu ciclo menstrual e dúvidas relacionadas;
4. Se atentar a outras questões de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção;
5. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

X. Tonturas e vertigens

- **Conceito:** a tontura é uma queixa muito comum e se refere a quatro tipos de sintomas: vertigem (é o tipo mais prevalente e é definida como uma ilusão ou uma

falsa sensação de movimento de si ou do ambiente, decorrente de distúrbio no sistema vestibular, que pode ocorrer no labirinto ou na divisão vestibular do nervo auditivo), sensação de perda de consciência ou síncope iminente (sensação de iminente perda de consciência ou desfalecimento, pode ser causada por diversos fatores, entre eles: hipotensão, distúrbios metabólicos e causas emocionais), desequilíbrio e sensação de flutuação ou "vazio na cabeça" (pode refletir duas categorias de doença neurológica: distúrbios cerebelares e déficits sensoriais múltiplos);

- O enfermeiro deve realizar o histórico de enfermagem: verificar quais são as características do episódio de tontura, sua duração, início, frequência, gravidade, fatores agravantes e desencadeantes, além de sintomas acompanhantes, devem ser exploradas, a fim de se obter o diagnóstico da causa da vertigem e, principalmente, diferenciar entre origem periférica e central. Questionar a presença de sintomas auditivos ou neurológicos concomitantes, história recente de infecção do trato respiratório superior ou infecção do ouvido, antecedente de trauma craniano ou cirurgia do ouvido, antecedente familiar e uso de medicações;
- Verificar sinais vitais;
- O enfermeiro deve realizar o exame físico: focar no exame neurológico, otológico e cardiovascular. No exame neurológico avaliar a rigidez do pescoço. No exame otológico verificar a inspeção do ouvido externo e a acuidade auditiva. Ao exame cardiovascular deve-se avaliar a presença de alterações na pressão arterial sistólica (diminuição de 20 mmHg ou mais) e no pulso (aumento de 10 batimentos por minuto) à mudança ortostática para identificar disfunções autonômicas e também o ritmo cardíaco;
 - **Atendimento imediato:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: paciente com tontura de início súbito, acompanhada de sintomas neurológicos ou que possam sugerir a presença de isquemia vascular, ou quando as manifestações vertiginosas são muito graves e necessitam de medicação hospitalar para estabilização do quadro;
 2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
 3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
 4. Puncionar acesso venoso periférico;
 5. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
 6. Garantir vias aéreas desobstruídas;

7. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica;
 8. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelemburg;
 9. Agendar retorno após alta para acompanhamento.
- **Atendimento prioritário:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: tontura/vertigem com início muito repentino, persistente e não desencadeada por mudança de posição. Associada a cefaleia occipital nova ou com surdez;
 2. Agendar consulta médica para o mesmo turno;
 3. Avaliar junto ao médico de saúde da família a necessidade de encaminhamento para atendimento em nível secundário;
 4. Agendar retorno para acompanhamento.
 - **Atendimento no dia:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: paciente apresentando vômitos;
 2. Verificar a necessidade de agendar consulta médica para o mesmo dia;
 3. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.
 - **Atendimento programado:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: nenhum problema no momento;
 2. Agendar consulta médica, caso haja necessidade;
 3. Orientar a paciente sobre hábitos de vida saudáveis;
 4. Se atentar a outras questões de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção;
 5. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

XI. Atenção à saúde mental: uso de álcool

- **Conceito:** o uso prejudicial do álcool é subestimado, comparado à carga de doença que o uso nocivo e a dependência de álcool representam, em especial entre crianças e adolescentes. A Lei 13.106/2015 torna crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente. O uso do álcool na adolescência é fator de exposição para problemas biopsicossociais e aumenta potencialmente o risco de a pessoa fazer o uso excessivo da substância quando adulto. Dois problemas comuns decorrentes do uso de álcool são a intoxicação alcoólica aguda (quando o indivíduo ingere uma quantidade de álcool superior à sua

tolerância, apresentando comportamento diferenciado do seu estado de ausência de consumo) e a síndrome de abstinência do álcool (a síndrome de abstinência leve e a moderada costumam ocorrer entre 24 a 36 horas após interrupção do consumo. São comuns tremores, agitação e inquietação psicomotora acompanhados de insônia. Já a síndrome grave cursa com sintomas autonômicos mais intensos, como agitação psicomotora proeminente, tremor generalizado, intensa sudorese, cefaleia, náusea e vômito, hipersensibilidade visual, com história presente ou não de crises epiléticas);

- O enfermeiro deve realizar o histórico de enfermagem geral, inclusive avaliando a presença de outras comorbidades. Além disso, é preciso avaliar as seguintes especificidades:
- Identificar sinais de **síndrome de dependência**. Verificar se 3 ou mais dos seguintes sintomas aconteceram em algum momento do ano anterior em diante: um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo; um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicotrópica são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixa; abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos; persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequência nocivas, tais como danos ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga;
- Identificar sinais de **intoxicação alcoólica aguda**: rubor facial, euforia, alterações da fala, alterações na coordenação motora, podendo evoluir apresentando tontura, ataxia e incoordenação motora mais acentuada, passando para confusão, desorientação e atingindo graus variáveis de anestesia, entre eles estupor e coma. Alguns pacientes podem se tornar mais agressivos, hostis, barulhentos e sarcásticos;
- Identificar se o paciente possui **síndrome de abstinência do álcool**: utilizar a escala CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised), que é considerada como um bom instrumento para avaliação da gravidade da síndrome de abstinência e auxilia na definição de quais pacientes devem ser encaminhados para serviços especializados com maior ou menor urgência;

- Verificar se o paciente faz uso abusivo de álcool com frequência;
- Verificar sinais vitais;
- O enfermeiro deve realizar exame físico com especial atenção para sinais de desidratação e hipoglicemia (além dos referidos nos casos apresentados acima).

- **Atendimento imediato:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: o paciente apresenta comprometimento de vias aéreas, confusão mental, convulsão, agitação psicomotora, sinais de choque (taquicardia, palidez, hipotensão, diminuição da perfusão periférica), alteração do nível de consciência, sinais de abstinência grave, vômitos persistentes e/ou hematêmese;
2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
4. Puncionar acesso venoso periférico;
5. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
6. Garantir vias aéreas desobstruídas;
7. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica;
8. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelemburg;
9. Agendar retorno após alta para acompanhamento/tratamento.

- **Atendimento prioritário:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: paciente possui sinais de embriaguez e história de perda de consciência;
2. Agendar consulta médica para o mesmo turno;
3. Ouvir o paciente em um local que respeite sua privacidade;
4. Oferecer local ao paciente onde ele possa interromper o consumo de substâncias naquele momento, o que o auxiliará na recuperação de sua sobriedade sem se expor a maiores riscos. Realizando monitoramento dos sinais vitais;
5. Orientar o paciente a não fazer uso de bebidas alcoólicas (pelos fatores descritos acima), mas a depender do caso instruir a redução de danos causados pelas bebidas: se alimentar e beber líquidos não alcoólicos enquanto ingere a bebida, não beber sozinho, não dirigir após beber, programar a quantidade de bebida a ser ingerida, escolher um local de consumo seguro, associar a bebida a atividades

sociais (dança, sinuca), substituir bebidas destiladas por fermentadas (que contém menos concentração alcoólica), substituir cerveja com álcool pela sem álcool;

6. Pedir apoio matricial ao NASF e/ou ao CAPS;
7. Agendar retorno para acompanhamento/tratamento do caso.

○ **Atendimento no dia:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: o paciente procura ajuda para parar de beber;
2. Verificar a necessidade de agendar consulta médica para o mesmo dia;
3. Ouvir o paciente em um local que respeite sua privacidade;
4. Orientar o paciente a não fazer uso de bebidas alcoólicas (pelos fatores descritos acima), mas a depender do caso instruir a redução de danos causados pelas bebidas: se alimentar e beber líquidos não alcoólicos enquanto ingere a bebida, não beber sozinho, não dirigir após beber, programar a quantidade de bebida a ser ingerida, escolher um local de consumo seguro, associar a bebida a atividades sociais (dança, sinuca), substituir bebidas destiladas por fermentadas (que contém menos concentração alcoólica), substituir cerveja com álcool pela sem álcool;
5. Pedir apoio matricial ao NASF e/ou ao CAPS;
6. Agendar retorno para acompanhamento/tratamento do caso.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: o paciente não apresenta nenhum sintoma no momento;
2. Agendar consulta médica, caso haja necessidade;
3. Se atentar a outras questões de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção;
4. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

XII. Sofrimento mental agudo

- **Conceito:** transtornos psicóticos agudos é um grupo de transtornos que se caracterizam por sintomas agudos como alucinação, percepção perturbada, desorganização do pensamento, da fala e das ações, ideias delirantes, dentre outros. Pode ser causada por estresse ou fatores desencadeantes (por exemplo: doenças degenerativas, distúrbios endócrinos, efeitos do álcool em longo prazo). O paciente psicótico com sintomas agudos costuma mobilizar a equipe, por isso é

muito importante que ela esteja preparada para o manejo adequado desses pacientes, principalmente no intuito de uma postura humanizada e que não estigmatize esse indivíduo. A equipe deve se responsabilizar pelos pacientes que apresentam transtornos mentais e estar preparada para acolher e avaliar os episódios de crise psicótica, contando com o apoio dos especialistas do NASF e do CAPS, caminhando assim para longitudinalidade, coordenação do cuidado e responsabilização, o que contribui para redução do estigma relacionado aos problemas de saúde mental;

- O enfermeiro deve reduzir estímulos e fatores estressantes para o paciente em crise: abordar a família para supervisão e acompanhamento do paciente, oferecer escuta ativa e qualificada evitando confrontos ou críticas no momento agudo, no sentido de impedir maiores danos ou comportamento destrutivo;
- Em caso de crise INTENSA e agressividade, sem resultados positivos na intervenção anterior, realizar a contenção (preferencialmente medicamentosa) do paciente junto à equipe multidisciplinar, como última possibilidade;
- Realizar histórico de enfermagem e exame físico: identificar sinais que caracterizam o **quadro clínico de crise psicótica aguda**, como a presença de alterações de senso percepção, tais como ilusões e alucinações (visuais, auditivas, gustativas), crenças, medos e apreensões, aparência descuidada, higiene precária, desconfiança acentuada, hipervigilância, hostilidade marcada, isolamento, comportamento desorganizado, catatonia, solilóquios (falar sozinho), alheamento do mundo externo, agitação psicomotora, humor marcadamente eufórico, excitação, planos grandiosos, taquilalia, loquacidade acentuada, alterações do afeto, exacerbação ou incongruência, conduta bizarra ou estranha e sinais iminentes de agressão. É importante que sejam descartados possíveis **transtornos mentais orgânicos**: desorientação no tempo e espaço, alterações na atenção e memória, que estão comumente relacionadas a transtornos cognitivos (demência, por exemplo). Tristeza, falta de iniciativa, choros imotivados, ansiedade, irritabilidade, alterações emocionais, que estão geralmente relacionados a transtornos do humor (depressão, síndrome do pânico, entre outros), dificuldades para controle de impulsos sexuais, agressividade, alterações de comportamento, tentativas de incêndio, tricotilomania, que podem estar presentes em transtornos de comportamento e de personalidade, história de trauma, uso de substância ilícitas ou de álcool;
 - **Atendimento imediato:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: paciente com sofrimento mental agudo apresenta comprometimento de vias

- áreas, confusão mental, convulsão, agitação psicomotora, agressividade e/ou alteração do nível de consciência;
2. Ao identificar um ou mais sinais/sintomas chamar o médico para atendimento imediato;
 3. Acionar serviço médico de emergência, providenciar o encaminhamento urgente do paciente para o hospital de referência;
 4. Puncionar acesso venoso periférico;
 5. Administrar epinefrina, conforme prescrição médica;
 6. Garantir vias aéreas desobstruídas;
 7. Oferecer oxigenoterapia ao paciente, conforme prescrição médica;
 8. Caso o paciente esteja em choque, colocá-lo na posição de trendelenburg;
 9. Agendar retorno após alta para acompanhamento.
- **Atendimento prioritário:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: sinais de embriaguez ou intoxicação por uso de substância, tremores, tontura, choro inconsolável e/ou palpitações;
 2. Ouvir o paciente e oferecer apoio;
 3. Agendar consulta médica para o mesmo turno;
 4. Prevenir futuras crises: realizar acompanhamento contínuo ao usuário e suas reações comuns em momentos de crise, não permitir a descontinuação do tratamento e da medicação, além de apoiar e orientar a família;
 5. Pedir apoio matricial ao NASF e/ou ao CAPS;
 6. Agendar retorno para acompanhamento do caso.
 - **Atendimento no dia:**
 1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: pensamento de desesperança, usuário crônico de psicotrópico sem medicação, recidiva de sintomas antes controlados (mas sem sinais de gravidade), procura ajuda para parar de beber, outros sintomas somáticos, relatos de agressividade no domicílio;
 2. Verificar a necessidade de agendar consulta médica para o mesmo dia;
 3. Ouvir o paciente e oferecer apoio;
 4. Prevenir futuras crises: realizar acompanhamento contínuo ao usuário e suas reações comuns em momentos de crise, não permitir a

descontinuação do tratamento e da medicação, além de apoiar e orientar a família;

5. Pedir apoio matricial ao NASF e/ou ao CAPS;
6. Agendar retorno para acompanhamento do caso.

○ **Atendimento programado:**

1. O enfermeiro deve identificar os seguintes sinais e sintomas: sem problemas no momento;
2. Agendar consulta médica, caso haja necessidade;
3. Incentivar o paciente a realizar Práticas Integrativas em Saúde e atividades de lazer;
4. Se atentar a outras questões de vulnerabilidade para não perder a oportunidade de intervenção;
5. Orientar a voltar a procurar o serviço caso haja piora do quadro.

8. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.3 ACOMPANHAMENTO BIOPSIKOSSOCIAL DE ADOLESCENTES

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Esclarecer sobre o crescimento e desenvolvimentos físico, psicossocial e sexual;
- Reforçar mensagens de promoção de saúde (hábitos e alimentação saudáveis) e prevenção de agravos (imunização, entre outros);
- Identificar adolescentes em situação de vulnerabilidades e riscos (inclui uso e abuso de drogas);
- Desenvolver vínculos que favoreçam um diálogo aberto sobre questões de saúde.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

A consulta biopsicossocial deve ser realizada com abordagem não só para as questões biológicas, mas para as questões psicológicas e sociais. Nesse público-alvo

específico do sistema socioeducativo é importante à abordagem sobre o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

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.

O acompanhamento biopsicossocial dos adolescentes no sistema socioeducativo tem como justificativa a promoção de saúde desses usuários que compreendem um segmento bastante específico e como tal necessita de políticas de saúde adequadas que garantam o acesso à saúde de forma integral.

Os parâmetros adotados para atenção à saúde dos adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, conforme definição pelo Ministério da Saúde na Portaria nº 1083, de 21 de maio de 2014, se pautam em quatro eixos temáticos com dezenove indicadores. Os eixos correspondem à: saúde sexual e saúde reprodutiva (sete indicadores), saúde mental (quatro indicadores), violências (dois indicadores), promoção da saúde (seis indicadores).

Os indicadores são correlacionados entre o número de adolescentes que dão entrada na unidade socioeducativa com o número de ações relacionadas a atenção à saúde, realizados junto aos adolescentes. São dados a serem registrados diariamente e reportados ao Ministério da Saúde como forma de consolidá-los em nível nacional.

Foi verificado que 70% dos diagnósticos são referentes a questões psicossociais e 30% correspondem aos agravos biológicos. Os principais diagnósticos psicossociais são: abuso/dependência de substâncias psicoativas, distúrbios de conduta, violência familiar e opressão familiar, conflitos familiares, transtornos mentais decorrentes ou não do abuso de drogas (depressão, ansiedade, fobias, psicoses, transtorno do estresse pós-traumático), dificuldade escolar/distúrbio de aprendizagem, alcoolismo parental, dentre outros. Quanto aos diagnósticos orgânicos, os mais prevalentes são: alterações em saúde bucal, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), dermatoses, distúrbios respiratórios, distúrbios gastrointestinais, cefaleias, acne, dislipidemias e sobrepeso. Em relação às adolescentes do sexo feminino, além das questões descritas acima, ocorrem: Tensão pré-menstrual, IST e alterações ginecológicas.

As demandas devido ao uso abusivo de drogas, à história de vida dos adolescentes e suas famílias, dentre outras, são potencializadas pelo sofrimento psíquico provocado pela privação de liberdade.

6. Atribuição do Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem

I. 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.
- Aplicar questionários e instrumentos para detecção do uso abusivo de drogas na adolescência;
- Realizar, quando necessário, encaminhamentos dos usuários a rede de saúde da SES/DF.

II. Atribuições do Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

- Assistir ao enfermeiro no planejamento e programação das atividades de assistência de enfermagem;
- Prestar cuidados diretos aos adolescentes;
- Realizar 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;
- Administrar 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 e executar atividades de desinfecção;
- Prestar cuidados de higiene e conforto ao adolescente;
- Zelar pela segurança alimentar e de higiene do adolescente;
- Participar de atividades de educação em saúde, pré-consulta e pós-consulta, orientações quanto à prescrição médica e de enfermagem;
- Realizar anotações no prontuário do adolescente no que se refere às atividades da assistência de enfermagem.

7. Materiais Necessários

- Caderneta do Adolescente;
- Instrumentos específicos para anamnese;
- Instrumentos para detecção de uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas.

8. Descrição da Técnica

- Acolhimento ao adolescente
 1. Acolher adolescentes e seus familiares oferecendo escuta qualificada às demandas apresentadas;
 2. Sensibilizar adolescentes e familiares para a participação nas atividades propostas de educação em saúde;
 3. Ser resolutivo, com a intenção de direcioná-los aos serviços disponíveis, compreendendo sua presença na unidade socioeducativa como oportunidade para envolvê-lo no serviço;
 4. Informar sobre as atividades fornecidas na rede de saúde;
 5. Fornecer, com orientação, a Caderneta de Saúde de Adolescentes e preencher os campos obrigatórios;
 6. Orientar sobre sexualidade, métodos preventivos de IST/AIDS;

7. Abordar sobre as necessidades, prioridades e vulnerabilidades e marcar consultas individuais, se necessário;
8. Realizar avaliação das situações de risco e se detectado algum caso, possibilitar consulta imediata;
9. Avaliar se o adolescente é usuário de drogas, e se necessário definir o padrão de drogadição e o risco em que esse usuário se encontra por meio de instrumentais definidos pela unidade;
10. Orientar sobre os riscos do uso e abuso de drogas;
11. Encaminhar ao hospital ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) os casos de urgência/emergência;
12. Propiciar a vinculação do adolescente ao serviço.

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

1. 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 da SES/DF;
 - e. Aferir a pressão arterial (enfermeiro ou técnico de enfermagem).
2. Analisar os dados encontrados na avaliação, detectar alterações e orientar sobre os principais cuidados (enfermeiros);
3. Sensibilizar, por meio de ações educativas, para as transformações decorrentes da puberdade;
4. Fortalecer a vinculação segura entre famílias/cuidadores e adolescentes e valorizar o importante papel das famílias na passagem da infância à adolescência;
5. Avaliar situações sugestivas de maus-tratos ou violência, vide item IV (enfermeiros);
6. Encaminhar para atualização do calendário vacinal e para saúde bucal;
7. Orientar sobre hábitos saudáveis (sono adequado, atividades físicas e de lazer, alimentação saudável e regular);
8. Inserir os dados da anamnese, acompanhamento, cuidados e tratamento no prontuário do adolescente.

- Imunização na adolescência

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

- Prevenção de acidentes e violências na adolescência

1. 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 IST, 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).

- Identificação e acompanhamento de adolescentes cumprindo medida socioeducativa
 1. 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;
 2. Articular ações intersetoriais para atuar nos casos de adolescentes cumprindo medida socioeducativa.

- Avaliação do estado nutricional de adolescentes
 1. Realizar inquérito alimentar e investigar hábitos na anamnese biopsicossocial da consulta de adolescentes (médicos e enfermeiros);
 2. Analisar dados antropométricos avaliados e as curvas de crescimento (enfermeiros).

- Atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes
 1. Articular 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;
 2. 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”;
 3. No caso de adolescentes gestantes, garantir ações de assistência relacionadas a essa particularidade;
 4. 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;
 5. Orientar sobre riscos do abortamento provocado e sobre o aborto legal em casos de estupro;
 6. Estimular o uso da Caderneta de Saúde da Adolescente para ações educativas, abordagem da evolução sexual e para controle dos ciclos menstruais;
 7. 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;
 8. Orientar e fornecer métodos contraceptivos, de acordo com a escolha informada e também sobre a contracepção de emergência e reforçar a dupla proteção;
 9. Abordar sobre projeto de vida como estímulo ao planejamento sexual e reprodutivo;
 10. Incluir adolescentes e jovens nas ações coletivas e individuais, de prevenção e acompanhamento de IST/AIDS e hepatites, se for necessário;

11. Possibilitar livre acesso aos preservativos pelos adolescentes, evitando entraves burocráticos na entrega;
12. Orientar os pais ou responsáveis legais de adolescentes que buscam orientações pertinentes sobre saúde sexual, garantindo o direito ao sigilo e autonomia do adolescente;
13. 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;
14. Orientar quanto aos direitos da adolescente gestante: escola e acompanhamento na maternidade;
15. Estimular o uso de preservativos e discutir projeto de vida e planejamento familiar;
16. Aplicar testagem rápida de IST de acordo com a necessidade de cada usuário e a rotina da unidade.

- Atenção à saúde mental

1. Propor grupos de promoção à saúde para que as questões típicas de adolescência não sejam confundidas com distúrbios comportamentais;
2. Atuar preventivamente em grupos familiares para que demandas dos pais sejam acolhidas e orientadas no manejo das características da adolescência que fomentam conflitos familiares;
3. Ofertar grupos temáticos e terapêuticos de promoção, prevenção e tratamento em saúde mental, priorizando o acolhimento, a inserção social e a produção de autonomia;
4. Identificar fatores de risco e de proteção ao uso de drogas psicoativas e a transtornos mentais não relacionados ao uso de drogas;
5. Aplicar questionários e instrumentos de detecção de uso nocivo de drogas psicoativas.

- Instrumentais padronizados para triagem de uso de drogas

Um instrumento que pode ser adaptado e utilizado no socioeducativo é o ASSIST. Esse instrumento foi desenvolvido para triagem do uso de substâncias psicoativas, com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo direcionado principalmente para profissionais de Atenção Primária à Saúde (APS) para o uso em suas rotinas de trabalho. O ASSIST é composto por oito questões. As questões de um a sete abordam o uso e os problemas relacionados a diversas substâncias (tabaco, álcool, maconha, cocaína/crack,

anfetaminas ou êxtase, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opioides). A questão 8 é voltada ao uso de drogas sob a forma injetável.

Aplicação:

1. Explicar o conteúdo das questões do ASSIST e fornecer orientações claras para as respostas;
2. Antes de iniciar as perguntas, dar ao paciente o cartão de respostas correspondente a cada pergunta;
3. Na questão 1, mostrando a tabela com os nomes populares (gírias) usados para as diferentes drogas, perguntar sobre o uso de cada substância (álcool, outras drogas ou medicamentos, sem prescrição médica). Somente se a pessoa NUNCA tiver usado nenhuma delas encerre a entrevista;
4. A questão 2 deve ser feita com relação a cada uma das substâncias que a pessoa disse já ter usado alguma vez na vida, em resposta à questão 1;
5. As questões 3, 4 e 5 devem ser feitas para cada substância mencionada na questão 2 como tendo sido usada nos últimos 3 meses;
6. Para todos os pacientes que relataram uso na vida de alguma substância na questão 1 deve-se aplicar as questões 6, 7 e 8;
7. Cada questão do ASSIST apresenta respostas estruturadas e cada resposta apresenta um valor numérico. Deve-se circular o valor numérico correspondente à resposta do paciente, para cada questão. No fim da entrevista, esses valores (também chamados de escores ou pontos) são somados para obter um escore final do ASSIST.

Avaliação:

1. Usuários com escores menores do que 3 (ou 10, no caso do álcool) apresentam BAIXO RISCO, ou seja, embora usem substâncias, eles ainda não apresentam problemas relacionados a esse uso;
2. Usuários com escores de 4 (ou 11, para o álcool) a 26 podem ter uso nocivo ou problemático de substâncias e apresentam RISCO MODERADO de desenvolvimento de problemas devido ao uso de drogas;
3. Usuários com escores acima de 27 apresentam ALTO RISCO de dependência da substância investigada e devem ser encaminhados para serviço especializado (CAPS AD).

Após Aplicação:

1. Fornecer uma orientação preventiva, reforçando o comportamento de BAIXO RISCO para usuários que apresentarem escores menores do que 3 (ou 10, no caso do álcool);

2. Utilizar a Intervenção Breve para escores entre 4 e 26 (ou 11 e 26 para o álcool).

- Manejo dos diagnósticos mais comuns na adolescência

1. Rastrear nas anamneses da enfermagem os agravos mais comuns na adolescência e ficar atento nas situações de vulnerabilidade (tentativa de suicídio, transtornos mentais, violência, entre outros);
2. Sensibilizar os adolescentes para acompanhamento da própria progressão puberal e detecção precoce de problemas acima descritos (enfermeiros);
3. 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 e parada cardiorrespiratória;
 - b) Propiciar na alta hospitalar o agendamento da consulta do adolescente para acompanhamento na UBS.

9. Recomendações/Observações

Espera-se que através do Acompanhamento Biopsicossocial todos os adolescentes que ingressem nas Unidades de Internação e Internação Provisória do Sistema Socioeducativo sejam assistidos de maneira eficiente pelas equipes de saúde, propiciando assim o seu bem estar físico e psicossocial quando privados de liberdade, além do referenciamento e acolhimento desses usuários nas equipes de Saúde da Família de suas regiões de domicílio para continuidade da atenção a saúde quando em liberdade durante todas as etapas de sua vida.

Tendo em vista os diferentes tipos de Unidades Socioeducativas, com diferentes estruturas, tempo de permanência e diferenciação de sexo dos usuários atendidos, entende-se que cada Gerência de Saúde deve criar um tipo de sistema de monitorização dos atendimentos de saúde realizados, a fim de garantir qualidade do atendimento a todas as demandas de saúde dos adolescentes. Porém é de vital importância que qualquer ação de saúde realizada seja devidamente registrada em prontuário físico ou digital e que essas informações sejam armazenadas com o devido cuidado mantendo o sigilo do usuário, para que posteriormente possam ser consultadas e ou compartilhadas com as outras Unidades Socioeducativas e com as Unidades de Saúde da SES/DF quando necessário para continuidade da assistência. Para isso podem ser utilizados os sistemas já existentes tais como: SIPIA/SINASE, TrakCare e e-SUS.

A avaliação dos dados dos atendimentos biopsicossociais realizados nas Unidades de Internação e Internação Provisória do Sistema Socioeducativo deve ser feita através de instrumentos criados por cada Gerência de Saúde em parceria com as gerências administrativas (planilhas, estudos estatísticos, ferramentas para análise de dados, etc.) e através do envio sistemático do FORMSUS ao MS. Esse controle permite analisar o perfil dos atendimentos realizados bem como identificar as principais demandas, propiciando dessa forma a definição de estratégias capazes de aperfeiçoar a promoção à saúde dos adolescentes atendidos.

10. Referências

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** - Brasília: 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍTICAS PARA CRIANÇAS, ADOLESCENTES E JUVENTUDE DO DISTRITO FEDERAL. **Plano Operativo Distrital De Atenção Integral À Saúde De Adolescentes Em Cumprimento De Medidas Socioeducativas Do Distrito Federal** - Brasília: 2015.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Deteccção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3.** – 11. ed. – Brasília: 2017.

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

**1.4 CONSULTA DE ENFERMAGEM EM DIABETES
MELLITUS**

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.

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

1. Objetivo

- Realizar consulta de enfermagem voltada para identificação de possíveis alterações glicêmicas, anamnese, controle de glicemia e tratamento e acompanhamento de portadores de Diabetes Mellitus.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

4. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

5. Atribuições do Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

I. Enfermeiro:

- Realizar consulta de enfermagem com a elaboração da SAE;
- Acompanhamento do usuário;
- Encaminhar para atendimento médico caso existam alterações significativas.

II. Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

- Realizar o exame de glicemia capilar;
- Anotar no prontuário do usuário os resultados da glicemia capilar;
- Comunicar ao enfermeiro sobre queixas apresentadas.

6. Materiais

- Água, sabão e papel toalha;
- Luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool 70%;
- Glicosímetro;
- Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento;
- Lancetas estéreis;
- Caixa para descarte de material contaminado;
- Caneta e papel;
- Prontuário do paciente.

7. Descrição da Técnica

1. Verificar antecedentes pessoais e familiares;
2. Verificar possíveis fatores de risco como: alcoolismo, tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, obesidade, estresse;
3. Mensurar altura, peso e circunferência abdominal e calcular IMC;
4. Verificar a integridade da pele, coloração, turgor e manchas;
5. Avaliar os membros inferiores: edema, dor, pulsos pediosos e lesões, as articulações (extensão, flexão, edemas, limitações de mobilidade), pés (sensibilidade, bolhas, calosidades, ferimentos e corte das unhas);
6. Verificar se o paciente apresenta sinais e sintomas como: poliúria; polidipsia, perda de peso sem explicação, polifagia;
7. Realizar teste de glicemia capilar, devendo levar em consideração o horário da última refeição;
8. Realizar a higienização das mãos;
9. Separar o material necessário na bandeja;
10. Certificar-se de que a fita reagente está na validade;
11. Orientar o usuário sobre o procedimento;
12. Calçar as luvas de procedimento;

13. Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro de modo a facilitar a deposição da gota de sangue no local adequado;
14. Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
15. Com a outra mão limpar a área com algodão embebido em álcool a 70%, após secar o local com algodão limpo e seco;
16. Com a lanceta ou agulha estéril fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
17. Lancetar o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
18. Pressionar o local da punção com algodão até hemostasia;
19. Atentar para paciente em uso de anticoagulantes;
20. Informar o resultado obtido ao usuário;
21. Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfuro-cortante;
22. Limpar o glicosímetro e guardá-lo;
23. Retirar as luvas;
24. Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha;
25. Realizar a higienização das mãos;
26. Registrar o valor obtido no prontuário do usuário;
27. Informar ao paciente caso seja identificado alterações, explicando sobre a doença e sinais de hipoglicemia ou hiperglicemia, além de motivar sobre adoção de um estilo de vida saudável;
28. Verificar glicose em jejum durante dois dias;
29. Anotar no prontuário do paciente os resultados, tendo a percepção da presença de complicações;
30. Encaminhar para consulta médica, se glicemia alterada;
31. Encaminhar à equipe responsável pela dispensa da alimentação dos usuários a solicitação de alimentação adequada, temporariamente, até consulta médica;
32. Orientar o usuário sobre a importância dos exercícios físicos e alimentação correta;
33. Realizar acompanhamento do usuário.

8. Considerações/Orientações

Observar parâmetros do resultado da glicemia capilar:

Categoria	Em jejum	Tolerável após até 2h da refeição
Normal	<110	<140
Alterada	>110 e <126	>126 e <200
Diabetes Mellitus	<126	≥ 200

Fonte: CAB 36, Ministério da Saúde (2013).

9. Referências

BRASIL. 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. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em: 14/08/2018.

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.5 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Área (s): GENFAPS/DIENF/SHES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Instituir e estimular a higiene das mãos com o intuito de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do usuário, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

Higiene das mãos é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram IRAS. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, definidas a seguir, e a antisepsia cirúrgica das mãos:

- **Higiene simples das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida;

- **Higiene antisséptica das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico;
- **Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:** aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos;
- **Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma gel:** preparação contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada destinada a reduzir o número de microrganismos.

I. INDICAÇÕES PARA HIGIENE DAS MÃOS

As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos, a saber:

- Antes e após o contato com cada paciente, artigo ou superfície contaminada;
- Após contato com sangue, fluidos corpóreos, secreções, excreções;
- Após contato, entre um paciente e outro, entre cada procedimento ou em ocasiões em que exista risco de transferência de patógenos para pacientes ou ambientes;
- Entre procedimentos no mesmo paciente quando houver risco de infecção cruzada de diferentes sítios anatômicos;
- Antes e após o uso de luvas;
- Antes e depois de efetuar atividades corriqueiras (assuar o nariz, ir ao banheiro, se alimentar, entre outros);

II. RECOMENDAÇÕES PARA HIGIENE DAS MÃOS

As indicações para higiene das mãos contemplam:

Higienizar as mãos com sabonete líquido e água:

- Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro;
- Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de *C.difficile*;
- Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.

Higienizar as mãos com preparação alcoólica:

- Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas;

- Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos;
- Não utilize unhas postiças quando prestar assistência direta ao paciente;
- Mantenha as unhas naturais sempre curtas;
- Não utilize anéis ou pulseiras quando estiver dando assistência ao paciente;
- Incentivar os usuários, acompanhantes, agentes socioeducativos e visitantes a higienizar as mãos;
- Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente;

A higiene das mãos é uma importante medida no controle das infecções em serviços de saúde, por isso, tem sido considerado um dos pilares no programa de controle de infecção hospitalar. Todos devem estar conscientes da importância da higienização das mãos na assistência à saúde para segurança e qualidade da atenção prestada.

6. Materiais Necessários

- Água;
- Sabonete líquido, tipo refil, armazenado em dispensador de parede;
- Álcool gel a 70%;
- Papel toalha de boa qualidade armazenado em dispensador de parede;
- Dispensador universal.

7. Descrição da Técnica

I. HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS (COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO)

- **Finalidade:**

Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos.

- **Duração do procedimento:**

A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

- **Técnica (anexo 1):**

1. Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na pia;
2. Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos (seguir quantidade recomendada pelo fabricante);
3. Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si;
4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;

5. Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa;
7. Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa;
8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
9. Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
10. Enxaguar as mãos, retirando os resíduos dos dedos para os punhos;
11. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
12. Enxugar as mãos com papel toalha;
13. Fechar a torneira acionando o pedal; com o cotovelo ou utilizar o papel toalha; ou ainda, sem nenhum toque, se a torneira for fotoelétrica. Nunca use as mãos.

II. HIGIENE DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL

- **Indicações:**

- Mãos não visivelmente sujas;
- Antes de entrar em contato com os pacientes;
- Após contato com pele íntegra de pacientes;
- Após o contato com objetos inanimados próximos ao paciente.

- **Finalidade**

A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma gel (na concentração final mínima de 70%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.

- **Duração do procedimento**

A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos.

- **Técnica (anexo 2):**

1. Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcóolica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos;
2. Friccione as palmas das mãos entre si;
3. Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
4. Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;

5. Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
6. Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
7. Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
8. Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

8. Recomendações/Observações

O uso de luvas não altera nem substitui a higienização das mãos. Seu uso por profissionais de saúde não deve ser adotado indiscriminadamente, devendo ser restrito às indicações a seguir:

- Utilizá-las para proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de os micro-organismos das mãos do profissional contaminar o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Utilizá-las para reduzir a possibilidade de transmissão de micro-organismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- Trocar de luvas sempre que entrar em contato com outro paciente;
- Trocar de luvas durante o contato com o paciente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo;
- Trocar de luvas quando estas estiverem danificadas;
- Nunca tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas;
- Higienizar as mãos antes e após o uso de luvas;

Os seguintes aspectos devem ser levados em consideração para garantir o bom estado da pele das mãos:

- A fricção das mãos com preparação alcoólica contendo um agente umectante agride menos a pele do que a higiene com sabonete líquido e água;
- As luvas entalcadas podem causar irritação quando utilizadas simultaneamente com produtos alcoólicos;
- Os usos de cremes de proteção para as mãos ajudam a melhorar a condição da pele, desde que sejam compatíveis com os produtos de higiene das mãos e as luvas utilizadas;

Os seguintes comportamentos devem ser evitados:

- Utilizar sabonete líquido e água, simultaneamente a produtos alcoólicos;
- Utilizar água quente para lavar mãos com sabonete líquido e água;
- Calçar luvas com as mãos molhadas, levando a riscos de causar irritação;
- Higienizar as mãos além das indicações recomendadas;
- Usar luvas fora das recomendações.

9. Conduta Preventiva

- Mantenha as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não use unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes;
- Evite o uso de esmaltes nas unhas;
- Não utilizar anéis, relógios, pulseiras e outros adornos quando assistir ao paciente;
- Aplique creme hidratante nas mãos (uso individual), diariamente, para evitar ressecamento na pele;
- Os lavatórios/pias devem estar sempre limpos e livres de objetos que possam dificultar o ato de lavar as mãos;
- O papel toalha deve estar localizado de tal forma que ele não receba respingos de água e sabão;
- O uso de luvas não altera e nem substitui a higienização das mãos;
- Junto aos lavatórios e as pias, deve sempre existir recipiente para o acondicionamento do material utilizado na secagem das mãos. Este recipiente deve ser de fácil limpeza, não sendo necessária a existência de tampa. No caso de se optar por mantê-lo tampado, o recipiente deverá ter tampa articulada com acionamento de abertura sem utilização das mãos;
- O agente antisséptico deve estar disponível em local de fácil acesso e ao alcance das mãos no ambiente da prestação.

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. **Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde**. 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília: ANVISA, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Pediatria: prevenção e controle de infecção hospitalar**. Brasília: Ministério de Saúde, 2005.

FILHO, F. G. et al. **Prevenção e controle de infecção hospitalar: manual de normas e rotinas** – IMIP. Recife, 2005. MOZACHI, N. O hospital: manual do ambiente hospitalar. 7ª. ed. Curitiba: Os Autores, 2007.

MENDES W, MARTINS M, ROZENFELD S, TRAVASSOS C. **The assessment of adverse events in Brazilian hospitals**. International Journal for Quality in Health Care 2009:16.

ANEXO 1

Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricção as mãos com preparações alcoólicas!



Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



0 Molhe as mãos com água.



1 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



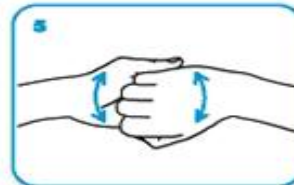
2 Ensaie as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



3 Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais.



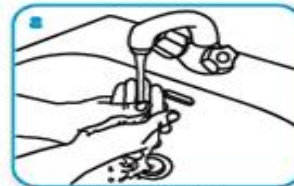
5 Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Esfregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



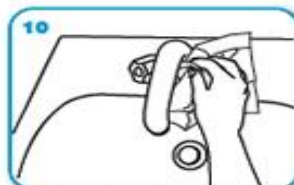
7 Fricção as pontas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



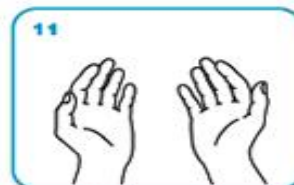
8 Enxágüe bem as mãos com água.



9 Seque as mãos com papel toalha descartável.



10 No caso de torneiras com controle manual para fechamento, sempre utilize papel toalha.



11 Agora, suas mãos estão seguras.

FONTE: Organização Mundial da Saúde

Como Fazer a Fricção Anti-Séptica das Mãos com Preparações Alcoólicas?

Friccione as mãos com Preparações Alcoólicas! Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas!



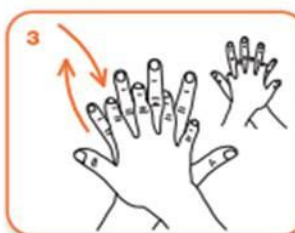
Duração de todo o procedimento: 20 a 30 seg



Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos.



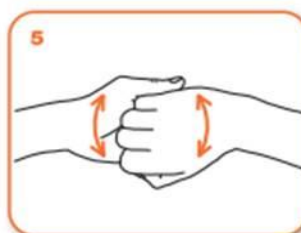
Friccione as palmas das mãos entre si.



Friccione a palma direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados.



Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



Friccione o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa.



Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

FONTE: Organização Mundial da Saúde.

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.6 EXTRAÇÃO MANUAL DO LEITE HUMANO

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento de extração manual do leite humano;
- 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.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade.

Tendo em vista que existem Unidades de Socioeducativas que recebem adolescentes do sexo feminino puérperas em aleitamento faz necessário um POP de

Extração Manual do Leite Humano para se evitar problemas relacionados à amamentação e a interrupção da mesma.

6. Materiais Necessários

- 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 da Técnica

1. Orientar à usuária 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;
2. Solicitar à usuária nutriz que retire adornos (anéis, pulseiras e relógios);
3. Solicitar à usuária nutriz que lave as mamas apenas com água corrente;
4. Solicitar à usuária 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;
5. Esfregar as mãos com álcool a 70% e esperar secar (recomendável);
6. Colocar gorro e máscara, retirar adornos, lavar as mãos com água e sabão e utilizar luvas descartáveis antes da extração manual (profissional);
7. Verificar se a usuária nutriz está em posição confortável, com os ombros relaxados. Em caso negativo, auxiliá-la ou sugerir-lhe que encontre uma posição mais cômoda;
8. 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;
9. 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;
10. 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);
11. Desprezar os primeiros jatos de leite (0,5 a 1 ml);
12. Abrir o frasco com técnica asséptica;
13. Colocar a tampa voltada para cima sobre mesa ou bancada;
14. 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);

15. Evitar puxar ou comprimir o mamilo, fazer movimentos de deslizar ou esfregar a mama;
16. Tampar o frasco de vidro com o leite extraído;
17. Preencher o rótulo (nome da nutriz e data de extração);
18. Colocar o frasco no freezer;
19. No caso de novas coletas para complementação do volume já coletado anteriormente, usar outro frasco esterilizado;
20. Ao final da coleta, despejar o leite extraído no frasco com leite congelado e levá-lo imediatamente ao congelador;
21. 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. Recomendações/Observações

- A monitorização das puérperas na unidade socioeducativa deve ser realizada pela equipe de enfermagem por meio da evolução da paciente em prontuário. Para isso podem ser utilizados os sistemas já existentes tais como: SIPIA/SINASE, TrakCare e e-SUS.

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.

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** - Brasília: 2017.

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

**1.7 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO MANEJO AO
INGURGITAMENTO MAMÁRIO**

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento para atendimento à puérpera com quadro de ingurgitamento mamário;
- Aliviar o desconforto provocado por uma mama muito cheia evitando intercorrências mais graves.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

No ingurgitamento mamário, há três componentes básicos: (1) congestão/aumento da vascularização da mama; (2) retenção de leite nos alvéolos; e (3) edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático. Como resultado, há compressão dos ductos lactíferos, o que dificulta ou impede a saída do leite dos alvéolos. Não havendo alívio, a produção do leite pode ser interrompida, com posterior reabsorção do leite

represado. O leite acumulado na mama sob pressão torna-se mais viscoso; daí a origem do termo “leite empedrado”.

É importante diferenciar o ingurgitamento fisiológico, que é normal, do patológico. O primeiro é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. Pode haver áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade.

O ingurgitamento patológico ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto. Leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê favorecem o aparecimento do ingurgitamento.

Portanto, amamentação em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, e com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.

6. Materiais Necessários

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

7. Descrição da Técnica

1. 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);
2. Ordenhar manualmente a aréola se estiver tensa antes da mamada, para que fique macia facilitando a pega adequada do bebê;
3. Orientar mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (livre demanda);
4. 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 técnica de amamentação adequada previne o ingurgitamento mamário.

- 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. **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.

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** - Brasília: 2017.

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.8 ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA ACOMETIDA COM MASTITE

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento para atendimento à puérpera com quadro de mastite;

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama (o mais comumente afetado é o quadrante superior esquerdo), geralmente unilateral, que pode progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ela ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto, mas pode ocorrer em qualquer período da amamentação.

A estase do leite é o evento inicial da mastite e o aumento da pressão intraductal causado por ela leva ao achatamento das células alveolares e formação de espaços entre as células. Por esse espaço passam alguns componentes do plasma para o leite e desse para o tecido intersticial da mama, causando uma resposta inflamatória. O leite acumulado,

a resposta inflamatória e o dano tecidual resultante favorecem a instalação da infecção, comumente pelo *Staphylococcus* (aureus e albus) e ocasionalmente pela *Escherichia coli* e *Streptococcus* (α -, β - e não hemolítico), sendo as lesões mamilares, na maioria das vezes, a porta de entrada da bactéria.

Qualquer fator que favoreça a estagnação do leite materno predispõe ao aparecimento de mastite, incluindo mamadas com horários regulares, redução súbita no número de mamadas, longo período de sono do bebê à noite, uso de chupetas ou mamadeiras, não esvaziamento completo das mamas, freio de língua curto, criança com sucção fraca, produção excessiva de leite, separação entre mãe e bebê e desmame abrupto. A fadiga materna é tida como um facilitador para a instalação da mastite. As mulheres que já tiveram mastite na lactação atual ou em outras lactações têm mais chance de desenvolver outras mastites por causa do rompimento da integridade da junção entre as células alveolares.

Nem sempre é fácil distinguir mastite infecciosa da não-infecciosa apenas pelos sinais e sintomas. Em ambas, a parte afetada da mama encontra-se dolorosa, vermelha, edemaciada e quente. Quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (acima de 38°C) e calafrios. A cultura do leite com antibiograma é recomendada apenas nas seguintes circunstâncias: não-resposta ao tratamento com antibióticos, mastite recorrente (mais de duas vezes), mastite adquirida em ambiente hospitalar, nos casos graves e mastite epidêmica.

O sabor do leite materno costuma alterar-se nas mastites, tornando-se mais salgado devido a aumento dos níveis de sódio e diminuição dos níveis de lactose. Tal alteração de sabor pode ocasionar rejeição do leite pela criança. A produção do leite pode ser afetada na mama comprometida, com diminuição do volume secretado durante o quadro clínico, bem como nos dias subsequentes. Isso se deve à diminuição de sucção da criança na mama afetada, diminuição das concentrações de lactose ou dano do tecido alveolar.

Tendo em vista que existem Unidades de Socioeducativas que recebem adolescentes do sexo feminino puérperas que por ventura podem ser acometidas de mastite, faz-se necessário um POP de Assistência à Puérpera Acometida de Mastite.

6. Materiais Necessários

- 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 da Técnica

1. Oferecer ambiente reservado;
2. Colocar EPI;
3. Explicar a paciente sobre o procedimento de extração manual do leite e sanar suas dúvidas;
4. Higienizar as mãos;
5. Massagear delicadamente a mama com a ponta dos dedos, em movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento;
6. Iniciar a massagem da região aréolo-mamilar em direção à área bloqueada;
7. Encorajar a lactante para auxiliar na ejeção láctea;
8. 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;
9. Orientar a lactante a optar por mamadas frequentes, sem horários pré-estabelecidos (livre demanda), iniciando o aleitamento pela mama não afetada;
10. Informar à lactante que o leite extraído poderá ser utilizado para o próprio filho, se necessário;
11. Orientar a lactante a realizar crioterapia (aplicação de compressas frias/úmidas) em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas;
12. 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

- Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção;
- O uso de bomba está contraindicado no caso de haverem escoriações mamilares;
- 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;
- Informar a lactante quanto ao uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios, conforme a prescrição médica;
- Orientar a mãe quanto à importância do apoio emocional, repouso e hidratação;
- 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;
- 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;

- 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;
- Diante dessa situação, é importante que o profissional agende retorno da mãe à unidade de saúde para garantir a continuidade do cuidado;
- 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.

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** - Brasília: 2017.

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.9 ESTÍMULO A PATERNIDADE ATIVA

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento de acolhimento e vinculação do parceiro da mulher ao pré-natal da parceira, 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

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

Existe um grande número de adolescentes atendidos nas Unidades de Internação e Internação Provisória do Sistema Socioeducativo que são sexualmente ativos e grande parcela desses adolescentes afirma não fazer uso de preservativo ficando sujeitos a engravidar precocemente suas parceiras. Dessa forma é necessário o diálogo e o estímulo a paternidade ativa para que esses jovens desenvolvam o senso de responsabilidade parar com as mães/parceiras e com essas crianças.

É necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.

Vale ressaltar que os adolescentes e adultos jovens também devem ser reconhecidos como sujeitos dos direitos sexuais e reprodutivos. Importante lembrar que, sua vida sexual e reprodutiva pode estar imersa em preconceitos. A paternidade na adolescência não deve ser vista apenas como algo a ser evitado. Os adolescentes e jovens adultos devem ser assistidos diante de suas necessidades e projetos de vida, e não apenas segundo a percepção do profissional de saúde. A eles devem ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos. Na eventualidade de uma gravidez, o importante é assegurar condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável.

6. Atribuição do Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem

I. Atribuições do Enfermeiro

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

II. Atribuições do Técnico/Auxiliar de Enfermagem

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

7. Materiais Necessários

- Cartão de vacinas;
- Testes rápidos de IST.

8. Descrição da Técnica

1. Teste rápido de gravidez da parceira (vide POP Teste Rápido de Gravidez):
 - Resultado negativo – vincular o parceiro às ações de saúde da UBS de referência;
 - Resultado positivo – vincular o parceiro à rotina de pré-natal.

2. 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.

3. 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;

4. Realização de exames de rotina do parceiro (enfermeiros):

- ABO-RH; Glicemia; VDRL; Hepatite C; Hepatite B-HBsAg; Hemograma; Lipidograma; Dosagem de colesterol HDL; Dosagem de colesterol LDL; Dosagem de colesterol total.

5. Atualização do cartão de vacina do parceiro (vide POP vacinação):

- Febre amarela;
- Hepatite B – 3 doses;
- DT – Dupla tipo adulta;
- SRC Tríplice viral.

6. 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.

9. Recomendações/Observações

- 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.

10. 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.

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** - Brasília: 2017.

Procedimento Operacional Padrão
1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.10 MANEJO DE CRISES ORGÂNICAS

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Gerenciar a crise no intuito de alcançar a estabilização do quadro orgânico, de modo a prevenir agravos, garantindo a segurança do usuário.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

Visa o estabelecimento de sinais e sintomas alvos a serem abordados e controlados, manejando riscos imediatos e promovendo a continuidade do acompanhamento adequado de modo a prevenir novas crises.

6. Materiais Necessários

- Prontuário do paciente, se disponível;
- Caneta;
- Esfigmomanômetro;
- Termômetro;

- Glicosímetro;
- Outros instrumentos que se façam necessários para o caso.

7. Descrição da Técnica

1. Acolher o usuário em situação de crise: enfermeiro deve fazer avaliação primária, de modo a garantir vias aéreas desobstruídas e controle de cervical (em caso de urgência maior que envolva trauma);
2. Avaliar quadro clínico do usuário. Se possível, colher informações necessárias com o mesmo e/ou acompanhante;
3. Acionar médico da unidade ou onde não há médico acionar o SAMU por telefone no 192;
4. Destacar profissional da equipe para acionar serviço de urgência, se necessário;
5. Articular equipe para casos de urgência específica: parada cardiorrespiratória – PCR (consultar POP específico);
6. Garantir segurança e proteção do usuário até estabilização do quadro ou chegada de serviço de urgência;
7. Se possível, comunicar familiares do usuário, explicar intervenções e encaminhamentos do caso;
8. Registrar evento de crise em prontuário.

9. Recomendações/Observações

- Entende-se por crise orgânica como uma desordem em qualquer sistema do corpo humano que leve a uma alteração da homeostase fisiológica do indivíduo;
- A intervenção em crise não é uma atividade exclusiva da enfermagem, tendo que ser trabalhada de forma articulada com os demais componentes da equipe interdisciplinar;
- O recurso da contenção mecânica deve ser utilizado em última instância, quando todos os demais menos invasivos e que preservam a autonomia do paciente foram utilizados. Deve ser aplicado mediante avaliação técnica da equipe, em casos em que o paciente coloque sua própria integridade ou a dos demais em risco, e alcançar seu fim, tão logo haja estabilização do quadro (seguir POP 'Contenção Mecânica');
- Caso o evento de crise orgânica demande internação para estabilização, é fundamental que a equipe de referência mantenha contato com a de contrarreferência para manutenção do acompanhamento futuro.

9. Referências

QUEVEDO, J. CARVALHO, A. E. (organizadores). **Emergências Psiquiátricas**. Artmed, 3 Ed., 2014.

Protocolo de Atenção à Saúde

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.11 GERENCIAMENTO DE CRISES PSÍQUICAS

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.

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

1. Objetivo

- Conduzir situações de crise com o intuito de alcançar a estabilização do quadro psíquico.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

Estabelecer sintoma alvo a ser abordado e controlado, excluir uma causa orgânica e após estabilização e manejo dos riscos imediatos, promover continuidade do acompanhamento adequado de modo a prevenir novas crises.

6. Materiais Necessários

- Prontuário do paciente, se disponível;
- Caneta;
- Esfigmomanômetro;
- Glicosímetro;

- Material para contenção mecânica se necessário (vide POP específico).

7. Descrição da Técnica

1. Perguntar de forma empática: “o que o/a traz aqui e como posso ajudá-lo/a”;
2. Esclarecer os objetivos da avaliação: explicar que a equipe está junto a pessoa e trabalhará para diminuir sua ansiedade;
3. Conhecer o contexto biopsicossocial do paciente;
4. Realizar anamnese, exame físico e psíquico conforme protocolo institucional para descartar causas orgânicas (seguir POP ‘Gerenciamento de Crises Orgânicas’);
5. Diminuir estímulos externos, retirar pessoas ou objetos que possam ser estressores para o paciente, estabelecer sinal/código comum entre a equipe em caso de auto/heteroagressividade;
6. Acessar de forma rápida o material de contenção mecânica (vide POP ‘Contenção Mecânica’) e medicação prescrita;
7. Manter observação contínua do paciente em crise;
8. Realizar procedimentos necessários a continuidade do acompanhamento adequado (conforme protocolos institucionais), quando houver evolução para estabilização do quadro psíquico;
9. Evoluir prontuário do paciente.

8. Recomendações/Observações

- Realizar uma escuta humanizada. Vale lembrar que o indivíduo pode se expressar de forma negativa e agressiva, assim a equipe deve estar sempre integrada, articulada e manter distância segura de um braço em caso de conduta agressiva;
- A avaliação dos estressores psicossociais que levaram o/a paciente a crise podem trazer informações importantes para o gerenciamento da crise;
- A intervenção em crise não é uma atividade exclusiva da enfermagem, tendo que ser trabalhada de forma articulada com os demais componentes da equipe interdisciplinar;
- O recurso da contenção mecânica deve ser utilizado em última instância, quando todos os demais menos invasivos e que preservam a autonomia do paciente foram utilizados. Deve ser aplicado mediante avaliação técnica da equipe, em casos em que o paciente coloque sua própria integridade ou a dos demais em risco, e alcançar seu fim, tão logo haja estabilização do quadro (seguir POP ‘Contenção Mecânica’).

9. Referências

QUEVEDO, J. CARVALHO, A. E. (organizadores). **Emergências Psiquiátricas**. Artmed, 3 Ed., 2014.

Procedimento Operacional Padrão

1. ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

1.12 ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM ESTOMIA

Área(s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar o procedimento para atendimento ao paciente portador de ostomia.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

4. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

5. 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).

6. Descrição da Técnica

1. Higienizar as mãos;
2. Reunir o material na bandeja ou cuba rim;
3. Identificar o paciente;
4. Explicar o procedimento ao paciente;
5. Promover a privacidade do paciente;
6. Colocar máscara e luvas de procedimento;
7. Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
8. 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;
9. Descartar o material em lixeira apropriada;
10. 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;
11. Secar toda a área da pele ao redor do estoma;
12. Aparar os pelos em pele próxima ao estoma utilizando tesoura ou aparelho de tricotomia, se necessário;
13. Desenhe o molde da medida do estoma sobre o papel protetor da placa adesiva;
14. Caso sistema coletor de 1 peça:
 - a. Afastar a parte plástica da bolsa da placa adesiva, evitando o recorte acidental do plástico quando recortar a placa;
 - b. Recortar a placa adesiva de acordo com o desenho do molde;
 - c. Ajustar a placa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou adesivo, se houver;
 - d. A parte drenável da bolsa deve estar voltada para os pés (em usuários que deambulam) ou voltada para o flanco do mesmo lado do estoma ou em sentido diagonal (em usuário acamados).
15. Caso sistema coletor de 2 peças:
 - a. Ajustar a placa ao estoma, segurando-a pela borda da barreira ou adesivo, se houver;
 - b. 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);

- c. 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;
16. Retirar o papel que protege o adesivo microporoso, se houver;
 17. Fazer pressão suave sobre a placa adesiva para melhor aderência;
 18. Fechar a abertura da bolsa coletora com a presilha, fazendo uma dobra na extremidade desta sobre a haste interna da presilha;
 19. Recolher o material;
 20. Retirar luvas de procedimento e máscara;
 21. Higienizar as mãos.
 22. Realizar anotações no prontuário.

7. Recomendações/Observações

- A higienização ou troca da bolsa é o primeiro procedimento que o paciente portador de estomia aprende como parte de seu autocuidado;
- Use sempre a bolsa adequada ao tipo de estoma (intestinal ou urológico), de acordo com as orientações e indicações;
- O orifício de abertura da bolsa deve ser igual ou no máximo 3 milímetros maior que o estoma;
- 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;
- 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;
- Remover o sistema de bolsas se o paciente queixar de queimação ou prurido sob ele, ou se houver drenagem purulenta em volta do estoma;
- Reservar o *clamp*/presilha para ser reutilizado após limpeza;
- O esvaziamento e a higienização regular da bolsa coletora aumentam sua durabilidade, o conforto e evita o constrangimento ao paciente.

8. 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.

Procedimento Operacional Padrão

2. DEMANDAS ADMINISTRATIVAS:

2.1 LIBERAÇÃO DE USUÁRIO

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar condutas relacionadas à liberação de usuário dentro do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Materiais Necessários

- Prontuário do usuário;
- Caneta;
- Termo de recebimento.

6. Descrição do Procedimento/Técnica

1. Tirar cópia do cartão de vacina, cartão SUS e outros;
2. Tirar cópia da receita se o mesmo fizer uso de medicação;
3. Tirar cópia se houver relatórios médicos;

4. Tirar cópia se houver consultas agendadas em hospitais, CAPS e outros;
5. Se o mesmo fizer uso de medicamentos, entregar para família juntamente com a receita médica original.
6. Arquivar as cópias no prontuário físico do usuário;
7. Entregar originais a família após assinar termo de recebimento.

7. Recomendações

- Informações e/ou alterações devem ser registradas em prontuário.
- Orientações sobre procedimentos agendados deverão ser fornecidos.

Procedimento Operacional Padrão

2. DEMANDAS ADMINISTRATIVAS:

2.1 TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIO

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar condutas relacionadas à transferência de usuário dentro do Sistema Socioeducativo do Distrito Federal.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Materiais Necessários

- Prontuário do usuário;
- Caneta;
- Nada Consta.

6. Descrição do Procedimento/Técnica

1. Pegar o prontuário do usuário;
2. Verificar se o mesmo toma medicação, caso positivo, encaminhar prescrição e medicação junto com o prontuário;

3. Verificar na agenda de consultas e exames se o usuário possui consulta e ou exames agendados;
4. Verificar na pasta de serviços externos se possui alguma consulta e ou exames aguardando agendamento;
5. Verificar na pasta arquivo se possui documento do usuário que ainda não foi arquivado;
6. Anexar tudo ao prontuário;
7. Tirar cópia do nada consta para arquivar;
8. Assinar nada consta de acordo com as informações obtidas e entregar prontuário;
9. Anotar o nome do usuário que foi transferido e comunicar a Gerência de Saúde da Unidade Socioeducativa.

7. Recomendações

- Informações e/ou alterações devem ser comunicadas a unidade de transferência.

Procedimento Operacional Padrão

3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

**3.1 ORGANIZAÇÃO, CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DO
CARRO DE EMERGÊNCIA**

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Estabelecer procedimento padrão para a organização e conferência, bem como gestão dos medicamentos e insumos do Carro de Emergência nas Unidades de Internação e Internação Provisória do Sistema Sócio Educativos do Distrito Federal.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Localização do Carro de Emergência

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

4. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

5. Materiais

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

6. Descrição da Técnica

Carro de Parada é um armário que contém os equipamentos usados por médicos e enfermeiros quando acontece uma parada cardíaca. Esta é uma situação que exige procedimentos de socorro imediatos. Conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), a nomenclatura mais apropriada é Carrinho de Emergência.

Com base nessa necessidade, propõe-se a padronização dos carros de emergência, objetivando homogeneizar o conteúdo e quantidade de material dos carrinhos nas diferentes unidades, retirando o desnecessário e acrescentando o indispensável, de forma a agilizar o atendimento de emergência e reduzir o desperdício.

O carrinho de emergência contém medicamentos e materiais médicos padronizados para atendimento de emergências médicas. É fundamental que o mesmo seja mantido completo para garantir o atendimento emergencial dos pacientes. Após o uso do carrinho de emergência ele deve ser repostado para que sempre fique completo de acordo com a lista padrão.

7. Atribuições

I. Atribuição do Enfermeiro:

- Confeccionar e supervisionar a escala semanal da equipe de enfermagem para conferência e reposição do carro de emergência;
- Identificar, promover a capacitação e/ou atualização da equipe de enfermagem ao atendimento de urgência/emergência;
- Conferir e solicitar a farmácia repor os medicamentos e materiais do carro de emergência;
- Controlar a validade dos medicamentos e materiais;
- 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;
- Comunicar/encaminhar ao serviço de farmácia os medicamentos com necessidade de troca/reposição;
- Orientar a equipe a importância de manter o carro em ordem e com todos os itens padronizados.
 - **Diariamente:**
 - Verificar carga do desfibrilador;
 - Testar funcionalidade do laringoscópio. Não deixar pilhas no cabo;
 - Conferir lacre do carro de emergência.
 - **Mensalmente**
 - Realizar a conferência mensal do carro de emergência com o auxílio do técnico/auxiliar de enfermagem (anexo 2);

- Arquivar e repor formulários utilizados para a conferência do carro de emergência.
- **Sempre que o carro de emergência for utilizado (lacre violado):**
 - Proceder à sua higienização;
 - Repor o material o mais breve possível através de verificação do “check-list” de todo o material, ANEXO II;
 - Registrar na folha de abertura do carro de emergência;
 - Lacrar o Carro de Emergência após cada verificação e/ou reposição.

II. Atribuição do Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

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

8. Composição do Carro de Emergência (anexo 1)

- **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;
 - Prancha para reanimação.

9. Recomendações/Observações

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

10. 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/UFGM, 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.

SOARES, Herverney Quaresma. **A importância do controle no carrinho de parada na unidade hospitalar**. Disponível em: < <https://goo.gl/6QidnZ>>. Acesso em 11/09/2018.

ANEXO I – COMPOSIÇÃO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

BASE SUPERIOR	QUANTIDADE
Desfibrilador automático	1 unidade
Kit de Laringoscópio: Lâminas retas de 0 a 4; Lâminas curvas de 0 a 5; Cabo adulto e pediátrico.	1 unidade
Kit máscara-válvula-bolsa: Adulto e pediátrico	1 unidade
Oxímetro de pulso	1 unidade
1ª GAVETA ¹	QUANTIDADE
Ácido acetilsalicílico comprimido 100 mg	1 blister
Água para injetáveis ampola 10 ml	20
Amiodarona solução injetável 50 mg/ml ampola 3 ml	04
Atropina (sulfato) solução injetável 0,25 mg/ml ampola 1 ml	20
Bicarbonato de sódio solução injetável 8,4% (1 meq/ml) frasco 250 ml	02
Diazepam solução injetável 5 mg/ml ampola 2 ml	02
Epinefrina (Adrenalina) solução injetável 1 mg/ml ampola 1 ml	10
Fenobarbital solução injetável 200 mg ampola	02
Fentanila solução injetável 0,05 mg/ml ampola ou frasco ampola 10 ml	02
Furosemida solução injetável 10 mg/ml ampola 2 ml	04
Glicose solução injetável 50% ampola 10 ml	05
Haloperidol solução injetável 5 mg/ml ampola 1 ml	02
Hidrocortisona (succinato sódico) pó para solução injetável 500mg frasco-ampola	02
Isossorbida (dinitrato) comprimido sublingual 5 mg	1 blister
Lidocaína (cloridrato) solução injetável 2% frasco-ampola 20 ml	02
Midazolam solução injetável 15 mg ampola 3 ml	02
Morfina solução injetável 10 mg/ml ampola 1 ml	02
Prometazina (cloridrato) solução injetável 25 mg/ml ampola 2 ml	02
Sulfato de magnésio solução injetável 50% (4 meq/ml) ampola 10 ml	02
Suxametônio (Cloridrato) Pó Para Solução Injetável 100 mg (Bloqueador Neuromuscular)	02
2ª GAVETA – VIAS AÉREAS	QUANTIDADE
Máscara laríngea nº 1,5	01
Máscara laríngea nº 2	01

Mascara laríngea nº 2,5	01
Mascara laríngea nº 3	01
Mascara laríngea nº 4	01
Kit Mascara de Venturi (infantil e adulto)	1
Cateter para oxigenoterapia nasal tipo óculos, estéril ou cateter nasal adulto, em silicone, tipo óculos, para oxigenoterapia	2
Mandril p/intubação infantil/adulto (fio guia)	2
Tubo de silicone nº 204 (látex para aspiração)	2
Eletrodos para ECG	15
Lidocaína (cloridrato) geleia 2% bisnaga 30 g	01
Sonda de aspiração nº 08	3
Sonda de aspiração nº 10	3
Sonda de aspiração nº 12	3
Sonda de aspiração nº 14	3
Cânula de Guedel nº 2	1
Cânula de Guedel nº 4	1
Tubo orotraqueal nº 2	2
Tubo orotraqueal nº 2,5	2
Tubo orotraqueal nº 3	2
Tubo orotraqueal nº 3,5	2
Tubo orotraqueal nº 4	2
Tubo orotraqueal nº 4,5	2
Tubo orotraqueal nº 5	2
Tubo orotraqueal nº 5,5	2
Tubo orotraqueal nº 6	2
Tubo orotraqueal nº 6,5	2
Tubo orotraqueal nº 7	2
Tubo orotraqueal nº 7,5	2
Tubo orotraqueal nº 8	2
Tubo orotraqueal nº 8,5	2
Tubo orotraqueal nº 9	2
Sonda Nasogástrica nº 10	1
Sonda Nasogástrica nº 12	1
Sonda Nasogástrica nº 14	1
Sonda Nasogástrica nº 18	1
3ª GAVETA – ACESSO VENOSO	QUANTIDADE
Agulha 25x7 ou 25x8	10
Agulha 40x12	10
Equipo fotoprotetor microgotas para infusão de soluções parenterais, tipo gravitacional, estéril	03
Equipo simples para infusão de soluções parenterais, tipo gravitacional, injetor lateral membrana autocicatrizante	03
Equipo intermediário 2 vias, 15 cm (+/- 2cm), estéril ou equipo intermediário 4 vias, 15 cm (+/- 2cm), estéril	03
Cateter intravenoso periférico 14 G, estéril	3
Cateter intravenoso periférico 16 G, estéril	3
Cateter intravenoso periférico 18 G, estéril	3

Cateter intravenoso periférico 20 G, estéril	3
Cateter intravenoso periférico 22 G, estéril	3
Lâmina de bisturi nº 15	2
Lâmina de bisturi nº 20	2
Seringa de 1 ml	3
Máscara descartável	5
Seringa de 10 ml	10
Seringa de 20 ml	10
Seringa de 5 ml	5
Seringa de 3 ml	3
Torneira descartável com três vias, estéril	3
Tubo de látex nº 200 (garrote)	01
Luva descartável	01 caixa
4ª GAVETA – SOLUÇÕES E OUTROS¹	QUANTIDADE
Glicose 5% solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	2
Glicose 5% solução injetável bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	2
Manitol solução injetável 200/mg/ml bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	1
Solução de Ringer (Cloretos de NA, K, CA) Solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	2
Solução de Ringer (Cloretos de NA, K, CA) + LACTATO (SODICO) Solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	2
Aparelho de pressão adulto e pediátrico	01
Aparelho Glicosímetro	01
Cloreto de sódio 0,9 % solução injetável bolsa ou frasco 1000 ml sistema fechado de infusão	02
Cloreto de sódio 0,9 % solução injetável bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	02
Cloreto de sódio 0,9 % solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	02

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



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
COMISSÃO PERMANENTE DE PROTOCOLOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

ANEXO II – CHECK-LIST

BASE SUPERIOR				
MATERIAL	NECESSÁRIO	EXISTENTE	VAL	OBS
Desfibrilador automático	01			
Kit de Laringoscópio: Lâminas retas de 0 a 4; Lâminas curvas de 0 a 5; Cabo adulto e pediátrico	01			
Kit mascara-válvula-bolsa: Adulto e pediátrico	01			
Oxímetro de pulso	01			
1ª GAVETA: MEDICAÇÕES				
MATERIAL	NECESSÁRIO	EXISTENTE	VAL	OBS
Ácido acetilsalicílico comprimido 100 mg	1 blister			
Água para injetáveis ampola 10 ml	20			
Amiodarona solução injetável 50 mg/ml ampola 3 ml	04			
Atropina (sulfato) solução injetável 0,25 mg/ml ampola 1 ml	20			
Bicarbonato de sódio solução injetável 8,4% (1 meq/ml) frasco 250 ml	02			
Diazepam solução injetável 5 mg/ml ampola 2 ml	02			
Epinefrina (adrenalina) solução injetável 1 mg/ml ampola 1 ml	10			
Fenobarbital solução injetável 200 mg ampola	02			
Fentanila solução injetável 0,05 mg/ml ampola ou frasco ampola 10 ml	02			
Furosemida solução injetável 10 mg/ml ampola 2 ml	04			
Glicose solução injetável 50% ampola 10 ml	05			
Haloperidol solução injetável 5 mg/ml ampola 1 ml	02			

1ª GAVETA: MEDICAÇÕES				
MATERIAL	NECESSÁRIO	EXISTENTE	VAL	OBS
Hidrocortisona (succinato sódico) pó para solução injetável 500 mg frasco-ampola.	02			
Isossorbida (dinitrato) comprimido sublingual 5 mg	1 blister			
Lidocaína (cloridrato) solução injetável 2% frasco-ampola 20 ml	02			
Midazolam solução injetável 15 mg ampola 3 ml	02			
Morfina solução injetável 10 mg/ml ampola 1 ml	02			
Prometazina (cloridrato) solução injetável 25 mg/ml ampola 2 ml	02			
Sulfato de magnésio solução injetável 50% (4 meq/ml) ampola 10 ml	02			
Suxametonio (Cloridrato) Pó Para Solução Injetável 100 mg (Bloqueador Neuromuscular)	02			
2ª GAVETA: VIAS ÁEREAS				
MATERIAL	NECESSÁRIO	EXISTENTE	VAL	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)	01			
Cateter tipo óculos	02			
Mandril p/intubação infantil/adulto	01			
Tubo de silicone nº 204 (látex para aspiração)	02			
Eletrodos para ECG	15			
Lidocaína (cloridrato) geleia 2% bisnaga 30 g	01			
Sonda de aspiração nº 08	03			
Sonda de aspiração nº 10	03			
Sonda de aspiração nº 12	03			
2ª GAVETA: VIAS ÁEREAS				
MATERIAL	NECESSÁRIO	EXISTENTE	VAL	OBS

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			
3ª GAVETA: ACESSO VENOSO				
MATERIAL	NECESSÁRIO	EXISTENTE	VAL	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	03			
Cateter intravenoso periférico 16 G, estéril	03			
Cateter intravenoso periférico 18 G, estéril	03			
Cateter intravenoso periférico 20 G, estéril	03			
3ª GAVETA: ACESSO VENOSO				
MATERIAL	NECESSÁRIO	EXISTENTE	VAL	OBS
Cateter intravenoso periférico 22 G, estéril	03			
Lâmina de bisturi nº 15	02			
Lâmina de bisturi nº 20	02			
Seringa de 1 ml	03			

Máscara descartável	05			
Seringa de 10 ml	10			
Seringa de 20 ml	10			
Seringa de 5 ml	05			
Seringa de 3 ml	03			
Torneira descartável com três vias, estéril	03			
Tubo de látex nº 200 (garrote)	01			
Luva descartável	01 CAIXA			
4ª GAVETA: SOLUÇÕES				
MATERIAL	NECESSÁRIO	EXISTENTE	VAL	OBS
Glicose 5% solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	02			
Glicose 5% solução injetável bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	02			
Manitol solução injetável 200/mg/ml bolsa ou frasco 250 ml sistema fechado de infusão	01			
Solução de Ringer (Cloretos de NA, K, CA) Solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	02			
Solução de Ringer (Cloretos de NA, K, CA) + LACTATO (SODICO) Solução injetável bolsa ou frasco 500 ml sistema fechado de infusão	02			
Aparelho de pressão adulto	01			
Aparelho glicosímetro	01			
Cloreto de sódio 0,9% solução injetável bolsa ou frasco 1000 ml sistema fechado de infusão	02			
4ª GAVETA: SOLUÇÕES				
MATERIAL	NECESSÁRIO	EXISTENTE	VAL	OBS
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			
ANOTAÇÕES				



Protocolo de Atenção a Saúde

3. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

3.2 REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.

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

1. Objetivo

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

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

4. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/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

1. Higienizar as mãos;
2. Colocar máscara, óculos e luvas de procedimento;
3. Aproximar o carrinho de emergência, desfibrilador e eletrocardiógrafo, ressuscitador automatizado (quando disponível) e o monitor cardíaco;
4. Providenciar contato com Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU (192) para ajuda no atendimento do paciente;
5. Isolar a maca do paciente com biombo caso haja outros na sala. Se tiver acompanhante, solicitar que aguarde na sala de espera;
6. Colocar o paciente em decúbito dorsal horizontal;
7. 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;
8. Designar um profissional para providenciar acesso venoso permeável e de grande calibre;
9. Monitorizar o paciente e identificar o ritmo de parada;
10. Iniciar a sequência adequada de procedimentos (C-A-B):
 - a. 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);
 - b. A – após compressões torácicas, abrir a via aérea com inclinação da cabeça/elevação do queixo ou anteriorização da mandíbula;
 - c. B – fazer 2 ventilações de modo que o tórax se eleve e, após, reiniciar imediatamente as compressões torácicas;

11. Desfibrilar imediatamente em casos que houver indicação (fibrilação ventricular e taquicardia ventricular).

7. Ressuscitação em Equipe

1. 1 socorrista: aciona o serviço de emergência/urgência;
2. 1 socorrista: inicia as compressões torácicas;
3. 1 socorrista: aplica ventilações ou busca a BVM;
4. 1 socorrista: busca e configura um desfibrilador.

8. Compressões Cardíacas

1. 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;
2. 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;
3. Durante RCP, com via aérea avançada em posição, não se deve mais aplicar ciclos de compressão com pausas para ventilação;
4. A cada 2 minutos, observar o traçado eletrocardiográfico, proceder à palpação do pulso carotídeo ou femoral, verificar coloração da pele, respiração e reações do paciente.

9. Ventilação Artificial

1. 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;
2. Retirar prótese dentária, se houver;
3. 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);
4. 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”;

5. 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

1. 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;
2. 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);
3. Utilizar gel condutor, pasta ou eletrodos preenchidos com gel;
4. Ligar o monitor/desfibrilador e verificar a presença de um ritmo passível de choque no monitor;
5. Selecionar o nível adequado de energia de 360J;
6. Solicitar que todos os envolvidos no procedimento se afastem do paciente/maca;
7. Disparar o choque;
8. Caso sejam utilizadas as pás certifique de que seja aplicada uma firme pressão (cerca de 13 Kg) em cada pá;
9. 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;
10. 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

1. Uma RCP de boa qualidade contempla: fazer compressões fortes (5 cm ou 2 polegadas), permitir que o tórax retorne completamente após cada compressão, minimizar as interrupções nas compressões torácicas e evitar a hiperventilação;
2. 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;
3. 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;
4. 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;
5. 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;
6. 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;
7. Drogas IV administradas em bolus na parada cardíaca devem ser seguidas de um flush de 20 ml de SF 0,9%;
8. Há que se evitar esforços para punção de um acesso venoso calibroso, caso o paciente ainda não o tenha;
9. 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/wpcontent/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).

Protocolo de Atenção a Saúde

4. ATIVIDADES EDUCATIVAS:

4.1 ATIVIDADE EDUCATIVA COLETIVA E INDIVIDUAL

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Promover palestras e grupos de saúde para a promoção da compreensão de situações que acometem os socioeducandos segundo as diretrizes nacionais para adolescentes (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico e psicossocial; saúde sexual e reprodutiva; saúde bucal; saúde mental e prevenção ao uso de álcool e outras drogas; prevenção e controle de agravos; educação em saúde e direitos humanos; assistência às vítimas, 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

- Não se aplica.

1- Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

3. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

4. Descrição do Procedimento

Poucos se arriscam em grupos, mas quando o fazem, o trabalho é realizado em forma de palestras, voltado a grandes plateias e acreditam que assim terão sucesso. Em um

grupo a aproximação usuários-profissional de saúde é maior, a linguagem se torna mais coloquial e assim mais compreensível para o grupo, até mesmo porque a ajuda mútua entra os participantes na maneira de compreender sua linguagem e expressão.

O grupo também pode trazer bons resultados na clínica e no manejo com o cliente proporcionando assim maior probabilidade da continuidade dos encontros, é claro que outro fator que contribui para a prática em grupo é o fato de que a demanda é intensa na assistência básica, o grupo propicia maior amplitude em atendimentos, mas, é claro que antes de formar determinado grupo se avalia a possibilidade de participação de cada usuário de acordo com sua demanda e especificidade.

Nos grupos a expressão não é só verbal é afetuosa e emocional, pois os participantes se identificam com as experiências relatadas pelos outros, isso encoraja a abertura no falar, no trocar experiências, o sentimento de grupalidade que acontece é o sentimento de que a pessoa se identifica como pertencente àquele lugar, àquela massa, isso é, ao grupo.

5. Atribuição do Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Enfermeiro: acolher, planejar, monitorar, e avaliar as atividades de grupo em conjunto com os outros membros da equipe, para alcançar as metas propostas;
- Técnico de Enfermagem: acolher e avaliar as atividades de grupo em conjunto com os outros membros da equipe, para alcançar as metas propostas. Organização do local junto ao enfermeiro.

6. Materiais Necessários

- Conforme organização do tema proposto ao grupo.

7. Descrição da Técnica

1. Identificar no grupo de risco e/ou vulneráveis, os principais e frequentes agravos à saúde (exemplo: grupo de tabagistas, obesos, usuários de substâncias psicoativas, hipertensos, diabéticos, entre outros);
2. Identificar os problemas e os riscos;
3. Promover a divulgação da atividade coletiva em grupo;
4. Preparar o conteúdo programático a ser trabalhado com o grupo, dependendo da especificidade do tema;
5. Providenciar os materiais necessários: mobiliário, insumos (mesa, cadeiras, papel, caneta, folders e recursos tecnológicos possíveis), conforme necessidade;
6. Providenciar espaço físico para o desenvolvimento da atividade educativa em grupo;

- **Duração e frequência**
 - Tanto a duração como a frequência dos encontros, dependerá das restrições clínicas e objetivos terapêuticos do grupo em questão.
- **Tipos de grupo**
 - Esclarecedor, de aprendizado, informativo, terapêutico, de ajuda mútua, de autocuidado, motivacionais, de autoajuda, de treinamento e de reinserção.
- **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.
- **Importância da realização da atividade em grupo**
 - Propiciar que o saber esteja nas pessoas e não centrado no profissional de saúde;
 - Facilitar a comunicação dos profissionais com os usuários: compreensão do interesse do usuário, utilização de linguagem clara;
 - Atingir os objetivos do manejo clínico do usuário 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 perspectivas futuras para a ressocialização e inserção social.

8. Recomendações/Observações

- O número de participantes não deve exceder o limite que ponha em risco a comunicação visual e auditiva dos mesmos, como também ofereça a garantia da integridade física e segurança, conforme fluxo adotado pela Unidade;
- Toda atividade em grupo deve ser registrada nos sistemas de informação internos e prontuário do usuário, quando necessário;

- Recomenda-se dispor os participantes em círculo, nivelando todos os membros do grupo a fim de facilitar a integração, sendo acompanhados e supervisionados pela equipe da Gerência de Segurança da Unidade;
- A equipe deve estar atenta ao usuário, ofertando a escuta qualificada, pois as pessoas frequentemente escutam, mas não compreendem – e não dizem que não compreenderam. Escutam e pensam que compreenderam, depois fazem as coisas de maneira inadequada. Escutam 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.

9. Referências

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

STAGGEMELER, Carolina. **Os grupos na atenção básica à saúde**. Disponível em: <http://redehumanizausus.net/os-grupos-na-atencao-basica-a-saude/>.

Procedimento Operacional Padrão

5. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO:

5.1 TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ (TRG)

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.

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

1. Objetivo

- Orientar a equipe de saúde das Unidades Socioeducativas para realização de Teste Rápido de Gravidez;
- Detecção precoce da gravidez para início do pré-natal em tempo oportuno;
- Identificação de situações oportunas para uso de anticoncepção de emergência: relação desprotegida, ocorrida em até cinco dias, em situação de gravidez indesejada; ocorrência de violência sexual;
- Orientação para planejamento reprodutivo;
- Acolhimento e atendimento de adolescentes em situação de gravidez indesejada;
- Identificação e atendimento de adolescentes em situação de violência sexual;
- Detecção de situações de risco para gravidez indesejada;
- Identificação de situações de exposição ao risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e hepatites virais com oferta dos testes rápidos para a usuária.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

A oferta do TRG apresenta-se não apenas como insumo, mas como dispositivo que oportuniza o diálogo sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, com identificação de fatores de risco à saúde e intervenções em tempo oportuno. Possibilita a melhoria do acesso à Atenção Primária para atender as mulheres adultas, as jovens e as adolescentes em fase reprodutiva e suas parcerias, informando e acolhendo os diversos significados que a reprodução pode ter para cada pessoa, em diferentes momentos da vida. É uma oportunidade especial para abordagem de adolescentes acerca da saúde sexual e reprodutiva.

Consiste em teste cuja realização não necessita de estrutura laboratorial utilizados pelos profissionais da área da saúde envolvidos na atenção da saúde da mulher (teste rápido para detecção da gonadotrofina coriônica humana (β HCG) na urina detectando precocemente a gravidez). Nas Unidades Socioeducativas que recebem adolescentes do sexo feminino o TRG é realizado com amostra urinária. Enfermeiros e técnico ou auxiliar de enfermagem devem ofertá-lo a todas as pacientes que buscarem atendimento com suspeita de gravidez.

6. Materiais Necessários

- 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 da Técnica

1. Acolher a usuária com escuta qualificada para sua demanda;
2. Perguntar sobre o período de amenorreia. Não poderá ser realizado com menos de 10 dias de atraso menstrual;
3. Oferecer o frasco de coleta que deve estar identificado;
4. Orientar a usuária quanto a coleta: desprezar o primeiro jato e coletar dois dedos de urina do jato seguinte;
5. Orientar a usuária a retornar à sala onde está sendo atendida, levando consigo o recipiente com a urina a ser testada;
6. Receber o material e proceder à realização do exame conforme as instruções do fabricante;

7. Realizar a interpretação do exame conforme orientação do fabricante;
8. Desprezar a urina e o coletor em local apropriado;
9. Higienizar as mãos;
10. Instruir a usuária conforme o resultado obtido;
11. Ofertar testagem rápida de HIV, Sífilis e Hepatites, considerando a janela imunológica para cada teste;
12. Realizar anotações de enfermagem no sistema de informação vigente e prontuário.

8. Recomendações/observações:

- Adiar a coleta de urina se a paciente utilizou creme vaginal ou se está com sangramento/menstruada;
- 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;
- Basear-se nos princípios do direito à privacidade, sigilo e confidencialidade;
- 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.
- Independentemente do atraso menstrual, todas as usuárias que relatem exposição à relação sexual desprotegida podem e devem realizar testagem para IST (sífilis, HIV, hepatites B e C), observando-se os períodos de janela imunológica de cada teste, o que exige o retorno da pessoa, após esse período, à unidade de saúde para sua realização:
 - Para HIV e sífilis: 30 dias.
 - Para hepatites B e C: 60 dias.

9. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf. Acesso em: 24/09/2018.

DISTRITO FEDERAL. 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** - Brasília: 2017.

Procedimento Operacional Padrão

5. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO:

5.2 TESTAGEM RÁPIDA DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar e melhorar o processo de trabalho na testagem rápida de HIV, Sífilis e Hepatite nas Unidades Socioeducativas.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

Os testes rápidos vêm sendo cada vez mais utilizados para o diagnóstico da infecção, porque apresentam desempenho semelhante aos outros testes sorológicos para detecção de anticorpos anti-HIV, sífilis e hepatites com as vantagens de apresentarem resultado em no máximo 30 minutos, podem ser lidos a olho nu e não necessitam de equipamentos especiais para sua execução.

6. Materiais Necessários

- EPI (equipamento de Proteção Individual);

- Cronômetro ou relógio;
- Kit de Teste Rápido para HIV, hepatite e sífilis - individuais, com manual de instruções de uso;
- Formulários para emissão de laudo diagnóstico;
- Fichas de atendimento.

7. Descrição da Técnica

I. No aconselhamento/pré-teste:

1. Acolher o usuário, criando um ambiente de confiança e respeito com os profissionais da equipe, 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;
2. Aconselhar o usuário e suas parcerias sexuais levando em conta suas expectativas, avaliação de riscos e vulnerabilidades em IST (infecções 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.

II. Procedimento:

1. Explicar ao usuário o procedimento a ser realizado;
2. Higienizar as mãos;
3. Paramentar com uso de EPI;
4. Iniciar a coleta de material para realização dos testes rápidos, conforme orientações do fabricante;
5. Executar o teste;
6. Interpretar o resultado:
 - a. 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;
 - b. 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;

- c. 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;
 - d. **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.
- 7. Higienizar as mãos;
 - 8. Registrar o resultado;
 - 9. Emitir o laudo.

III. No aconselhamento/pós-teste:

- 1. Instrumentalizar o usuário com informações que contribuem em suas decisões;
- 2. 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;
- 3. Aconselhar o usuário e suas parcerias sexuais levando em conta suas expectativas, avaliação de riscos e vulnerabilidades em IST, orientando-o e apoiando-o nas decisões a partir dos resultados dos testes rápidos: direitos, saúde sexual e reprodutiva, janela imunológica, especificidades e prevenção;
- 4. 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 ao tratamento, entre outros.

IV. Após aconselhamento

- 1. Para os casos de HIV e hepatites B e C, encaminhar para os serviços especializados de referência da regional ou outra regional para realização de exames complementares, consulta clínica e definição de esquema terapêutico;
- 2. Para os casos de sífilis adquirida e em gestante, realizar o manejo preconizado pelos protocolos clínicos da SES/DF ou do Ministério da Saúde;
- 3. Notificar os casos detectados:
 - a. Todas as infecções sexualmente transmissíveis (IST) são de notificação compulsória 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 puerpéra	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
Ulcera vaginal	N76.5	60 dias
Sífilis adquirida	A53.9	60 dias
Sífilis congênita	A50.9	60 dias
Sífilis em gestante	O98.1	60 dias

8. Recomendações/observações:

- Os testes rápidos deverão ser feitos em livre demanda, obedecendo os critérios e especificidades de cada um, no momento do atendimento;
- 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;
- 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 usuário para o centro de referência da unidade ou outra regional conforme a disponibilidade;
- Realizar testagem para HIV somente caso exista na unidade testes para contraprova;
- Notificar resultados REAGENTE para HIV no SINAN;
- Notificar resultados REAGENTE para HIV em GESTANTES no SINAN;

- O tratamento será definido conforme protocolos clínicos da SES/DF ou Ministério da Saúde.
- Uso obrigatório em todos os procedimentos de equipamento de proteção individual (EPI);
- Fazer desinfecção do mobiliário com hipoclorito a 1%, caso haja respingos de sangue;
- As folhas de registro devem ser preenchidas e arquivadas na unidade;
- Os resultados dos testes rápidos também devem ser registrados no prontuário do usuário.

9. 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

DISTRITO FEDERAL. 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** - Brasília: 2017.

5. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO:

5.3 COLETA DE MATERIAL BIOLÓGICO PARA EXAMES

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar nas Unidades Socioeducativas de Internação e Internação Provisória do Distrito Federal a organização, coleta, acondicionamento e entrega dos materiais biológicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência.

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros e Técnicos/Auxiliares de Enfermagem.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

Consiste na coleta de sangue, fezes e/ou urina para exame de laboratório, realizada por profissional capacitado, fora da unidade laboratorial (em posto de coleta), com garantia de transporte adequado do material para o laboratório.

6. Atribuição do Enfermeiro e Técnico/Auxiliar de Enfermagem

I. Técnico de Enfermagem:

- Realizar a coleta de sangue e armazenar da forma correta;

- Receber o material biológico coletado.
- Conferir identificação dos recipientes.

II. Enfermeiro

- Solicitar exames preconizados nos protocolos da SES/DF;
- Planejar e organizar dentro da unidade os dias de coleta;
- Orientar os usuários sobre a realização e preparo dos exames;
- Encaminhar o material biológico até a UBS.

7. Materiais Necessários

I. Coleta de sangue:

- Água, sabão e papel toalha;
- Bandeja;
- Etiqueta para identificação e caneta;
- Luvas de procedimento;
- Garrote, bolas de algodão, álcool 70% ou gluconato de clorexidina alcoólica 0,5%;
- Seringa de 10ml com agulha 30X7mm com dispositivo de segurança ou dispositivo de coleta de sangue a vácuo;
- Frascos para acondicionamento da amostra devidamente identificado;
- Pedido do exame;
- Caixa térmica adequada;
- Caixa de descarte de perfuro-cortantes.

II. Coleta de fezes e urina

- Recipiente para coleta;
- Luva de procedimento.

8. Descrição da Técnica

I. Coleta de Sangue Venoso

1. Lavar as mãos com água e sabão e secar com papel toalha;
2. Reunir o material necessário numa bandeja;
3. Verificar se os frascos de coleta que vieram do centro de saúde com os dados do usuário estão corretos;
4. Conferir o nome completo do usuário;
5. Explicar ao usuário o procedimento;
6. Levar a bandeja até o usuário;

7. Posicionar o usuário de modo a facilitar a localização da veia para punção;
8. Calçar as luvas de procedimento;
9. Solicitar que o usuário feche a mão;
10. Instalar o garrote, aproximadamente há 4 cm acima do local escolhido para coleta de sangue;
11. Proceder a antissepsia da pele com álcool 70% ou gluconato de clorexidina alcoólica 0,5%;
12. Aplicar o antisséptico com algodão em sentido “caracol” do centro para periferia, trocar o algodão a cada antissepsia do local, esperar secar;
13. Introduzir a agulha no local escolhido com o bisel posicionado para cima;
14. Aspirar a quantidade de sangue necessária para o(s) exame(s) a ser(em) realizado(s);
15. Observar o preenchimento por sangue venoso e acoplar o frasco (tubos específicos para coleta laboratorial) diretamente no dispositivo a vácuo e aguardar o preenchimento até a linha específica da amostra desejada;
16. Soltar o garrote e solicitar ao usuário que abra a mão;
17. Comprimir o local da punção sem dobrar o braço do usuário, solicitando que o mesmo continue a comprimir por mais dois ou três minutos;
18. Colocar o sangue nos frascos, deixando que o sangue escorra lentamente pelas paredes dos mesmos;
19. Movimentar o tubo lentamente para homogeneizar seu conteúdo, caso tenha anticoagulante;
20. Recolher o material, desprezando a agulha e a seringa na caixa de descarte para perfuro cortante e os demais encaminhar ao expurgo e desprezar em saco de lixo branco;
21. Não reencapar a agulha;
22. Retirar as luvas de procedimento;
23. Deixar o usuário confortável e verificar possíveis alterações;
24. Higienizar as mãos com água e sabão e secar com papel toalha;
25. Enviar o material ao laboratório juntamente com o pedido, o mais rápido possível;
26. Proceder a higienização da bandeja com água e sabão, secar e guardar em local apropriado;
27. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário.

II. Coleta de urina

1. Higienizar o órgão genital;
2. Desprezar o primeiro jato de urina;

3. Coletar o volume necessário;
4. Fechar adequadamente o recipiente.

III. Coleta de fezes

1. Calçar as luvas de procedimento;
2. Pegar os frascos, conferindo se estão devidamente fechados;
3. Colocar identificação do jovem;
4. Colocar os frascos no local adequado para transporte.

9. Recomendações/Observações

- Após consulta de enfermagem ou médica encaminhar a solicitação dos exames, ficha do usuário e cartão do SUS/SES ao laboratório para cadastramento e solicitação dos insumos necessários;
- Orientação aos usuários sobre coleta de fezes e urina no dia anterior ao encaminhamento à UBS de referência;
- Orientação aos usuários sobre preparação dos exames, como higiene pessoal, jejum entre outros;
- Encaminhar no dia anterior à Direção e Gerência de Segurança a lista dos usuários que irão realizar o exame, assim como o horário;
- Coletar o material (sangue, fezes ou urina) dentro dos padrões estabelecidos, armazenando dentro de caixas térmicas ou dentro das orientações estabelecidas na unidade básica de saúde no dia posterior a orientação;
- Encaminhar à UBS de referência dentro do prazo correto de cada material após a coleta.

10. Referências

BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgico**. Ed. Guanabara Koogan, 11ed., vol.2 2011.

FISCHBACH, FRANCES. **Manual de enfermagem – Exames laboratoriais e diagnósticos**. Guanabara Koogan, 6ª. Ed.,2002.

NETTINA, S.M.N. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 8ªed. 2007.

5. PROCEDIMENTOS DE APOIO DIAGNÓSTICO:

5.4 COLETA DE EXAME CITOPATOLÓGICO

Área (s): GENFAPS/DIENF/SES, GASPVP/DAEAP/SES, DISAM/SECRIANÇA, NAI/SECRIANÇA, Gerências de Saúde das Unidades Socioeducativas/SECRIANÇA.
Portaria SES-DF Nº 0000 de data , publicada no DODF Nº 0000 de [data da publicação].

1. Objetivo

- Padronizar condutas relacionadas às técnicas de coleta do exame citopatológico de colo de útero realizada por enfermeiros, durante a consulta de enfermagem em prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e prevenção de câncer de colo de útero;
- Aprimorar a segurança da usuária, minimizando erros no exame ginecológico e na coleta de exame;

2. Horário de Funcionamento

- Não se aplica.

3. Responsáveis

- Enfermeiros.

4. Local de Aplicação

- Unidades de Internação Socioeducativas do Distrito Federal.

5. Descrição do Procedimento

O exame preventivo do câncer de colo de útero (Papanicolaou) é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e realizar o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e também IST. Consiste na escamação de células da superfície externa e interna do colo de útero, com espátula de Ayres e escovinha cervical. Este material é

analisado em laboratório de citopatologia. É indicado para mulheres que têm ou já tiveram atividade sexual, entre 25 e 64 anos de idade.

Para maior segurança do diagnóstico, os dois primeiros exames devem ser anuais. Após duas coletas anuais com resultados normais, a periodicidade da coleta pode ser de 3 em 3 anos. Faz parte dos objetivos e das estratégias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

6. Materiais Necessários

- Mesa ginecológica;
- Luvas de procedimento;
- Escada de dois degraus;
- Foco de luz com cabo flexível;
- Biombo ou local reservado para troca de roupa;
- Cesto de lixo;
- Espéculo (tamanhos variados);
- Lâmina de vidro com extremidade fosca;
- Espátula de Ayre;
- Escova endocervical;
- Solução fixadora; álcool a 96% ou spray de polietilenoglicol;
- Gaze;
- Frasco porta – lâmina;
- Formulário de requisição do exame;
- Lápis grafite preto nº 2;
- Camisola.

7. Descrição da Técnica

1. Identificar a paciente;
2. Apresentar-se a paciente e/ou acompanhante;
3. Solicitar que a usuária esvazie a bexiga;
4. Higienizar as mãos;
5. Obter informações pregressas (data da última menstruação, uso de anticoncepcionais, histórico de câncer na família, entre outros);
6. Preencher formulário com dados da adolescente;
7. Identificar lâmina com iniciais do nome da interna e data de nascimento;
8. Ao identificar lâmina usar o lápis preto nº 2;
9. Explicar o procedimento a paciente;

10. Lavar as mãos e colocar equipamento de proteção individual (EPI);
11. Colocar a adolescente em posição ginecológica;
12. Posicionar foco de luz;
13. Avaliar órgãos genitais externos, verificar se tem alguma anomalia, higiene, coloração, entre outros;
14. Após avaliação introduzir espéculo em posição vertical e ligeiramente inclinada de maneira que o colo do útero fique exposto completamente;
15. Ao visualizar o útero, avaliar e verificar se está com aspecto normal se há presença de secreção, avaliar paredes vaginais;
16. Para coleta da ectocérvice: utilizar espátula de Ayres, encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício; após estender o material na lâmina de maneira delicada;
17. Para coleta da endocérvice: utilizar a escova endocervical. Introduzir no orifício e fazer movimento rotativo 360° graus. Após retirar estender material na lâmina de maneira delicada para obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído;
18. Material coletado da ectocérvice deve ser disposto na lâmina próximo à região fosca. Material coletado da endocérvice deve ser disposto na metade inferior da lâmina no sentido longitudinal; logo após fixar material coletado com álcool 96% ou spray de polietilenoglicol e acondicionar lâmina no frasco já identificado com dados da interna;
19. Fechar o espéculo não totalmente para não beliscar a adolescente;
20. Retirar luvas;
21. Solicitar que ela troque de roupa;
22. Informar sobre achados clínicos no exame e tempo de resultado do exame.

8. Envio do material para laboratório

- As lâminas devem ser enviadas para laboratório devidamente acondicionadas e acompanhadas do formulário de requisição;
- O formulário deve estar devidamente preenchido e a identificação coincidente com a do frasco;
- O envio das lâminas pode ser semanal, mas é fundamental a racionalização do sistema de transporte utilizado.

9. Recomendações/ Observações:

- A adolescente não deve estar menstruada;
- Não deve manter relação sexual 2 (dois) dias antes do exame;
- Não deve estar usando medicação vaginal;

- Não deve fazer ducha vaginal, apenas higiene externa;
- Independentemente dos resultados, a usuária poderá apresentar alguma outra infecção que será tratada. É importante seguir o tratamento corretamente.
- **Resultados:**
 - Se negativo: orientar que o exame deverá ser repetido após um ano; após dois negativos exame deverá ser repetido após 3 anos;
 - Se alteração NIC 1: repetir o exame após 6 meses;
 - Se alteração NIC II ou III: encaminhar para o médico para melhor conduta;
 - Infecção pelo HPV: deverá repetir o exame 6 meses depois;
 - Amostra insatisfatória: deverá repetir o exame, pois a quantidade do material não foi suficiente.

10. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1 ed., 2 reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

Página

eletrônica:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/deteccao_precoce Acesso em 22 de agosto de 2018.