



# MANUAL

## PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

MARIA NÚBIA DE OLIVEIRA  
ANN GRACIELLE MOREIRA GOMES  
ELMA GALDINO BRANDÃO  
GISETTI CORINA GOMES BRANDÃO  
ELOÍDE ANDRÉ OLIVEIRA  
ORGANIZAÇÃO





## **Universidade Estadual da Paraíba**

Prof<sup>a</sup>. Célia Regina Diniz (*Reitora*)

Prof<sup>a</sup>. Ivonildes da Silva Fonseca (*Vice-Reitora*)



## **Editora da Universidade Estadual da Paraíba**

Cidoval Moraes de Sousa (*Diretor*)

### **Conselho Editorial**

Alessandra Ximenes da Silva (*UEPB*)

Alberto Soares de Melo (*UEPB*)

Antonio Roberto Faustino da Costa (*UEPB*)

José Etham de Lucena Barbosa (*UEPB*)

José Luciano Albino Barbosa (*UEPB*)

Melânia Nóbrega Pereira de Farias (*UEPB*)

Patrícia Cristina de Aragão (*UEPB*)



Editora indexada no SciELO desde 2012



Editora filiada a ABEU

## **EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

Rua Baraúnas, 351 - Bairro Universitário - Campina Grande-PB - CEP 58429-500  
Fone: (83) 3315-3381 - <http://eduepb.uepb.edu.br> - email: [eduepb@uepb.edu.br](mailto:eduepb@uepb.edu.br)

**Maria Núbia de Oliveira**  
**Ann Gracielle Moreira Gomes**  
**Elma Galdino Brandão**  
**Gisetti Corina Gomes Brandão**  
**Eloíde André Oliveira**  
*Organização*

# MANUAL

## PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO (POP) PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



Campina Grande-PB | 2021

**Expediente EDUEPB*****Design Gráfico e Editoração***

Erick Ferreira Cabral

Jefferson Ricardo Lima A. Nunes

Leonardo Ramos Araujo

***Revisão Linguística e Normalização***

Antonio de Brito Freire

Elizete Amaral de Medeiros

***Assessoria Técnica***

Thaise Cabral Arruda

Walter Vasconcelos

***Divulgação***

Danielle Correia Gomes

***Comunicação***

Efigênio Moura

***Design da Capa***Rafael de Araújo Melo (Assessoria de Comunicação  
da Secretaria de Saúde de Campina Grande)

---

M294 Manual de procedimentos operacionais padrão (POP) para os profissionais de enfermagem na atenção primária à saúde. / [Recurso eletrônico]. / Ann Gracielle Moreira Gomes, Elma Galdino Brandão, Gisetti Corina Gomes Brandão, Maria Núbia de Oliveira (Orgs). – Campina Grande/PB: EDUEPB, 2023.  
10000 kb, 477 p.

**978-85-7879-684-6**

1. Saúde. 2. SUS. 3. Atenção Básica. 4. Saúde da família. 5. PSF. 6. Política Nacional de atenção básica. 7. Acolhimento. 8. Enfermagem. 9. Saúde Pública. I. Título. II. Gomes, Ann Gracielle Moreira Gomes. III. Brandão, Elma Galdino. IV. Brandão, Gisetti Corina Gomes. V. Oliveira, Maria Núbia de (Orgs).

**CDD 614  
CDU 614.2**

---

**Copyright © EDUEPB*****A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio, seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.***



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**BRUNO CUNHA LIMA BRANCO**

Prefeito de Campina Grande – PB

**GILNEY DA SILVA PORTO**

Secretário de Saúde

**JEIME IARA BEZERRA LEAL**

Diretora de Atenção à Saúde

**MARIA NÚBIA DE OLIVEIRA**

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

## ELABORAÇÃO

Aleksandra Pereira Costa  
Ana Claudia Torres de Medeiros  
Ana Elisa Chaves  
Ann Gracielle Moreira Gomes  
Elma Galdino Brandão  
Elisabete Oliveira Colaço  
Eloíde André Oliveira  
Fabíola de Araújo Leite Medeiros  
Flávia Alves Aguiar Siqueira  
Flávia Gomes Silva  
Francisco de Sales Clementino  
Gabriela Maria Cavalcanti Costa  
Geuma Ângela Cavalcante Marques  
Gicélia Maria Simplício  
Jank Land Simôa Almeida  
Kleane Maria da Fonseca Azevedo Araújo  
Laudeci Brito Batista  
Lhaís Alana Menezes de Melo  
Lidiany Félix Galdino  
Margarete Cristina Oliveira de Carvalho  
Maria Núbia de Oliveira  
Mércia Maria de Paiva Gaudêncio  
Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos  
Priscila Maria de Castro Silva  
Roberta Lima Gonçalves  
Taciana da Costa Farias Almeida  
Thaise Alves Bezerra

## INFORMAÇÕES

Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande  
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
End. Av. Assis Chateaubriand – 1376 – Liberdade  
CEP: 58.105-420  
Telefone: (83) 3315-5126  
Campina Grande /Paraíba

# SUMÁRIO

VAMOS INICIAR REFLETINDO...	12
CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	15

## CAPÍTULO 1

### ACOLHIMENTO

TESSITURAS DO ACOLHIMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA	19
---	----

## CAPÍTULO 2

### BIOSSEGURANÇA

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS	34
USO DE LUVAS DE PROCEDIMENTO	39
USO DE LUVAS ESTERELIZADAS	42
PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO	46
PROCESSAMENTO DE ARTIGOS E SUPERFÍCIES	52
GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	58

## CAPÍTULO 3

### SEMIOLOGIA E SEMIOTÉCNICA

AFERIÇÃO DE SINAL VITAL	64
AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - PAS	65
AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - TEMPERATURA	69
AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - PULSO	72
AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - RESPIRAÇÃO	75
AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - OXIMETRIA DE PULSO	78
AFERIÇÃO DE PESO NO ADULTO	81
AFERIÇÃO DA ESTATURA EM ADULTO	84
ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO	87
RETIRADA DE PONTOS	91

MENSURAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR .....	94
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL .....	98
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA .....	103
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA .....	110
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR .....	116
PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DA PENICILINA .....	122
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA .....	129
REALIZAÇÃO DE CURATIVO .....	134
CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO .....	140
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA .....	144
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO .....	145
CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO .....	151
REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS .....	158
TESTE RÁPIDO SÍFILIS .....	159
TESTE RÁPIDO HIV .....	165
TESTE RÁPIDO HEPATITE B .....	171
TESTE RÁPIDO HEPATITE C .....	176

## CAPÍTULO 4

### POP SAÚDE DA

### CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

SINAIS VITAIS EM PEDIATRIA .....	183
AFERIÇÃO DE SINAL VITAL EM PEDIATRIA - PAS .....	184
AFERIÇÃO DE SINAL VITAL EM PEDIATRIA - TEMPERATURA AXILAR .....	189
AFERIÇÃO DE SINAL VITAL EM PEDIATRIA - PULSO .....	192
AFERIÇÃO DE SINAL VITAL EM PEDIATRIA - RESPIRAÇÃO .....	196
AFERIÇÃO DE PESO EM PEDIATRIA .....	200
AFERIÇÃO DE ESTATURA EM PEDIATRIA .....	207
CIRCUNFERÊNCIAS EM PEDIATRIA - AFERIÇÃO DOS PERÍMETROS CEFÁLICO, TORÁCICO E ABDOMINAL .....	213
CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) .....	219
AFERIÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA .....	226

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA .....	231
TESTE DE SNELLEN .....	242
NEBULIZAÇÃO/INALAÇÃO EM CRIANÇA/ADOLESCENTE .....	249
VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL .....	254

## **CAPÍTULO 5**

---

### **SAÚDE DA MULHER**

TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ .....	260
CONSULTA DE PRÉ-NATAL .....	264
VISITA E CONSULTA DE ENFERMAGEM PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	272
REALIZAÇÃO DO CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL .....	279
REALIZAÇÃO DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA .....	285
INSERÇÃO DO DIU .....	289
ANEXO 01 .....	293
ANEXO 02 .....	296

## **CAPÍTULO 6**

---

### **SAÚDE DO ADULTO**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO INDIVÍDUO COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA .....	301
VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA) COM TÉCNICA AUSCULTATÓRIA OU OSCILOMÉTRICA EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES .....	303
VERIFICAÇÃO DE PULSOS (RADIAL, BRAQUIAL, CAROTÍDEO, POPLÍTEO, TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO) .....	315
EXAME DA REGIÃO DO PRECÓRDIO .....	326
CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL .....	342
VERIFICAÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL .....	346
EXAMES DOS PÉS DAS PESSOAS COM DIABETES MELLITUS .....	350
BUSCA ATIVA DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS .....	359
NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE .....	362
ANEXO 01 .....	366
TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO) .....	368
COLETA DE EXAMES PARA BACILOSCOPIA .....	371
NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE .....	375

ANEXO 01	380
EXAMES EM CONTATOS DE HANSENÍASE	382
PESQUISA DE SENSIBILIDADE EM CASOS SUSPEITOS DE HANSENÍASE	387

## CAPÍTULO 7

---

### SAÚDE DO IDOSO

AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO	395
ANEXO 01	399
ANEXO 02	401
AVALIAÇÃO DO HUMOR	403
ANEXO 01	407
ANEXO 02	409
APLICAÇÃO DO VES-13 IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL	411
ANEXO 01	415
AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	420
ANEXO 01	425
ANEXO 02	427
MEDIDA DO PERÍMETRO DA PANTURRILHA ESQUERDA	429
ANEXO 01	433
AVALIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA	435
ANEXO 01	438
ANEXO 02	440
IDENTIFICAÇÃO DE DOR CRÔNICA	442
AVALIAÇÃO DA POLIFARMÁCIA	446
ANEXO 01	450
ANEXO 02	452
ANEXO 03	454

## CAPÍTULO 8

---

### ATENÇÃO DOMICILIAR

ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)	458
-------------------------	-----

## **CAPÍTULO 9**

---

### **SAÚDE PRISIONAL**

SAÚDE PRISIONAL .....	468
-----------------------	-----

## **CAPÍTULO 10**

---

### **CONSULTÓRIO NA RUA**

CONSULTÓRIO NA RUA .....	475
--------------------------	-----

**VAMOS  
INICIAR  
REFLETINDO...**

**A**tualmente mesmo com a configuração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a porta de acesso aos serviços do SUS continua sendo a Atenção Básica (AB), visto que esta passou a ser ordenadora do cuidado, pois é voltada para os sujeitos sociais em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, busca desenvolver ações voltadas para a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças e a redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer as possibilidades individuais e coletivas de viver de modo saudável e seguro. Desenvolvidas sob forma de trabalho em equipe, tais ações estão voltadas para as populações de territórios delimitados, pelas quais as equipes de saúde assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017)

“O Programa de Saúde da Família (PSF) não fracassou, mas o ciclo onde ele nasceu e cresceu, esgotou-se”. É preciso então repensar o PSF como Estratégia de Saúde da Família (ESF), ou seja, como uma estratégia de fato, que permite que equipes multiprofissionais conheçam as necessidades e problemas de saúde, elaborem planos de ação de acordo com as necessidades dos usuários e suas famílias, focando na prevenção e na promoção da saúde, realizando projetos terapêuticos singulares e enfatizando a educação em saúde. (MENDES, 2012)

É necessário ainda rever o processo de trabalho das equipes, desde as condições de trabalho, a infraestrutura, as qualificações entre os muitos “**nós críticos**” da ESF, pois redirecionar o processo de trabalho em saúde exige motivação e empenho da gestão, dos profissionais de saúde e instrumentos que normatizem e uniformizem o “fazer” da Enfermagem proporcionando a excelência do cuidado.

Para esse fim, o município de Campina Grande, mediante sua equipe técnica e corpo docente de Universidades Públicas e Privadas Parceiras elaborou Manual de Procedimento Operacional Padrão para os profissionais de Enfermagem inseridos na APS.

Este instrumento é uma descrição detalhada de todos os procedimentos executados pelos profissionais de Enfermagem no

âmbito de sua atuação profissional na Atenção Primária à Saúde, são normativas necessárias ao desenvolvimento de suas atribuições legais, é um guia norteador ao desenvolvimento das atividades de Enfermagem garantindo a qualidade e segurança dessas atividades com o intuito de manter e melhorar o processo de trabalho e suas respectivas atribuições legais, através de padronização das técnicas específicas para categoria de Enfermagem (Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem).

A sistematização da prática profissional e o estabelecimento de Procedimento Operacional Padrão (POP), minimizam a ocorrência de erros e de desvios, além de facilitar o planejamento e a execução do trabalho no cotidiano. O POP se constitui, portanto em um guia norteador e importante ferramenta para fornecer informações técnicas e subsidiar as rotinas dos profissionais de Enfermagem.

O Manual de Procedimentos Operacionais Padrão para a APS será disponibilizados para todas as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde na Hora, Centros de Saúde, Policlinicas Distritais, Unidade Prisional e Consultório na Rua para que sejam usados no exercício profissional diário dos profissionais de Enfermagem, docentes e estagiários do serviço.

# CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO



**C**ampina Grande é um município do Estado da Paraíba, sua população é de 411.807 habitantes, sendo a segunda cidade com maior número de habitantes da Paraíba, sua região metropolitana é formada por 19 (dezenove) municípios, possuindo uma população estimada em 638. 017 mil habitantes.

No Setor Saúde o município adotou a Estratégia Saúde da Família como modelo de reorganização da assistência a saúde. No primeiro nível de assistência contamos com a Atenção Primária a Saúde que se configura como a porta preferencial de entrada do sistema e ordenadora do cuidado. A APS do município está composta por 112 Equipes de Saúde da Família, distribuídas em 07 Distritos Sanitários, 05 Distritos Sanitários localizados na Zona Urbana e 02 Distritos Sanitários em Zona Rural, conta ainda com 05 Centros de Saúde, 02 Policlínicas Distritais, 01 Unidade Mista localizada na Zona Rural, 01 Equipe de Consultório na Rua, 02 Equipes de Saúde Prisional, 26 Equipes de Saúde na Hora, distribuídas em 10 UBS, 03 Equipes do Programa Melhor em Casa – SAD e 03 Centros de Testagem para a Covid-19, e no nível secundário como referência para a APS, 01 Hospital para Crianças e Adolescentes, 01 Emergência Psiquiátrica, 01 maternidade pública e 02 maternidades privadas conveniadas com o SUS e integrantes da Rede Cegonha do município, contando com os seguintes componentes: Parto e nascimento, Puerpério e Acompanhamento da Criança até o 24º mês de vida.

Nesse cenário a uniformização e padronização da assistência ocorrem em momento oportuno, objetivando a melhoria do processo de trabalho das equipes de saúde e satisfação da assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde.

## CAPÍTULO 1

# ACOLHIMENTO

*“Buscamos, no outro, não a sabedoria do conselho, mas o silêncio da escuta; não a solidez do músculo, mas o colo que acolhe.”*

*Rubem Alves*

### **Elaboração**

---

**Gicélia Maria Simplício de Santana**

**Mércia Maria Paiva Gaudêncio**

**Priscilla Maria de Castro Silva**

# CAPÍTULO 1

## 1.1 Tessituras do Acolhimento para Atenção Básica



POP Nº 01

# TESSITURAS DO ACOLHIMENTO PARA ATENÇÃO BÁSICA

**A**brimos este Manual manifestando nossa intenção de bem acolher aqueles que, ao consultá-lo, procuram a excelência a ser praticada na assistência prestada na Atenção Básica. Cogitamos que o conceito de excelência, em especial quando aplicada a assistência, pode confrontar concepções teóricas com práticas que fundamentam visões de mundo, razão pela qual explicitamos os sentidos que empregamos quando nos referimos a excelência. Excelência que se expressa no bem atender, no bem fazer e não no gerar exclusões. Excelência mediada pelo desejo permanente de oferecer assistência humanizada, eficiente e resolutive. Excelência que não é alcançada ao fim da execução, mesmo que perfeita, de um procedimento, mas que, ao contrário, só pode ser conquistada no curso do processo de cuidar. Excelência que vale a pena almejar, pois dotada de potencial para impactar positivamente, tanto no âmbito individual quanto coletivo, a vida e a saúde dos habitantes de um determinado território.

Costuma-se dizer que é no território que a vida real acontece, posto que lá ocorrem os encontros/desencontros, as pessoas se associam/desagregam, formam/rompem vínculos e as relações, por vezes, consolidam e se tornam marcos vitais. É no território que saberes, de diversas ordens, se cruzam, misturam-se, são amalgamados e irrompem em variadas formas de se fazer saúde. Julgamos que a Atenção Básica, nesta perspectiva, emergiu como estratégia política precursora de um modo diferente de se fazer saúde.

Rememoramos o caráter estruturante e estratégico que a Política Nacional de Atenção Básica desenvolve na tessitura das redes de atenção à saúde, especificamente porque se aproxima do cotidiano das pessoas e coletivos em seus territórios, como consequência da sua descentralização e capilaridade. As equipes que atuam na atenção básica têm a experiência de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas de promoção e prevenção no território, no cuidado individual e familiar<sup>1</sup>.

De tal forma são estruturantes as ações da Atenção Básica, tanto em termos teóricos quanto práticos, que, salvo exceções, todos os profissionais que atuam nesta área, em algum momento

de sua jornada, já foram convidados/convocados a participarem de discussões acerca da Política Nacional de Humanização e, em particular, instados a refletirem sobre aspectos éticos, estéticos e políticos da diretriz denominada acolhimento.

E porque o objetivo deste texto é acolher os leitores do Manual, lembramos, de forma breve, que o acolhimento é importante ferramenta de cuidado e se mostra essencial para a inserção e manutenção das pessoas em situação de sofrimento nos serviços de saúde. Essa ferramenta de cuidado revela-se substancial pois através do acolhimento, realizado de forma sensível e eficaz, torna-se possível a criação de vínculos entre os(as) usuários(as) e os(as) profissionais<sup>2</sup>.

Para o Ministério da Saúde<sup>(1)</sup> o acolhimento, em face de sua complexidade, pode ser pensado em três dimensões, quais sejam: como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, como postura, atitude e tecnologia do cuidado e como dispositivo de reorganização do processo de trabalho. No entanto - sem desconsiderar as valiosas contribuições dos estudiosos da área -, optamos por abrir mão da exploração de cada uma dessas dimensões e decidimos visitar o acolhimento como uma experiência concreta, vivida no âmbito pessoal e profissional. Para tanto nos apoiamos nas ideias de Kolb<sup>(5)</sup> acerca da aprendizagem vivencial que, de forma sumária e simplificada, traduzimos como aquela que tem por base o aprender fazendo (aliando teoria e prática), que está intimamente associada à implicação do sujeito em uma atividade ou experiência e na recordação dos sentimentos experimentados. Segundo o autor, essa é a principal forma como aprendemos e pode servir de base para as outras etapas do ciclo de aprendizagem.

Se examinamos o campo das experiências concretas vivenciadas pelos profissionais da atenção básica, verificamos que o acolhimento é "apreendido" a partir do reconhecimento de que o outro traz consigo uma legítima e singular demanda de saúde a ser partilhada. O acolhimento é construído de forma coletiva e tem como objetivo tecer relações de confiança, compromisso e vínculo entre o serviço, os trabalhadores da saúde e o usuário com sua rede

sócio-afetiva. Só é possível se fazer acolhimento através de uma escuta qualificada diante das necessidades do usuário, possibilitando garantir o acesso oportuno dessas pessoas ao atendimento adequado às suas necessidades, o que viabiliza que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco.

Para prosseguir grafamos uma questão que, nascida no cotidiano da assistência, pede reflexão: como acolher, na Atenção Básica, demandas de saúde que conjugam fatores individuais, orgânicos e psíquicos, sociais e culturais prevalentes em um território?

Como resposta, uma primeira possibilidade a considerar consiste em “acolhermos” a ideia de que não há resposta pronta nem definitiva para tal questão. Cabendo-nos, em seguida, lidar com a impossibilidade de ter em mãos um passo a passo que guie o acolhimento, como usualmente ocorre quando realizamos procedimentos técnicos operacionais ou seguimos protocolos. Outra perspectiva é exercitar a virtude da paciência, necessária ao acolher um a um, reconhecendo que as pessoas e situações são singulares e que, embora possam se assemelhar, nunca são exatamente iguais. Outra possibilidade de resposta consiste em admitir que o acolhimento empático transcende a doença e as necessidades do corpo biológico, pois estabelece conexões com dimensões intangíveis, tais como a dor e o sofrimento. Ou, ainda abrir mão, por compreender que é superficial, da distinção entre o físico e o psíquico, embora entendendo que o locus privilegiado do sofrimento é o corpo e, quiçá, o único para a manifestação do padecer psíquico.

Aceitar que o sofrimento, em sua acepção mais comum, se manifesta ativamente e se impõe ao indivíduo, gerando demandas de apaziguamento. Assumir que o sofrimento humano não pode nem deve ser negado, pois desconhece as fronteiras entre o físico e o psíquico, como também as distinções etárias, de gênero, de cor e classe social. Permanecer atento às transformações que ocorrem na forma como o sofrimento se expressa, observando que novas modalidades de endereçamento do sofrer aportam aos serviços de

atenção básica e exigem mudanças, tanto no acolhimento quanto nas demais intervenções.

E porque nos referimos a mudanças, não podemos fugir das circunstâncias transformadoras em que este Manual foi gestado, quais sejam, os anos de 2020 e 2021, signos da pandemia da COVID-19 que, a semelhança de um desastre natural, alterou rotinas, introduziu mudanças e acelerou transformações em todos os âmbitos da vida.

Já podemos narrar que a princípio foi o espanto, a perplexidade, a angústia e, em alguns momentos, a paralisia indicativa da nossa rendição ao medo. Experimentamos em nossa pele e nos serviços - não apenas de saúde - os efeitos da ausência de um roteiro prévio para orientar o sem sentido da pandemia. A duras penas compreendemos que alterou-se a lógica do acolhimento que tradicionalmente recomenda abraçar, inclusive as mudanças, em nome da argumentação lógica que preconiza o distanciamento como necessário à sobrevivência. Limitou-se a possibilidade do abraço e a viabilidade do aperto de mão. Restando-nos aprender a acolher com um sorriso que, não podendo ser visualizado nos lábios, deve ser expresso no olhar.

A comunicação humana tornou-se mais complexa ou, arguimos, simplificou-se? Como essa indagação, de natureza retórica, objetivamos refletir acerca da comunicação - processo essencial para o acolhimento - que se estabelece entre o trabalhador e o usuário da atenção básica. A esse respeito, ponderamos que embora muitas das nossas certezas tenham sido colocadas em suspensão pela pandemia, paulatinamente estão sendo substituídas por questionamentos que lançam luz sobre o que de fato aconteceu/ acontece conosco, com as relações interpessoais e com os processos de trabalho em condições adversas.

Mantendo-nos no campo dos padrões usuais das comunicações instituídas entre profissionais e usuários da atenção básica, evidencia-se que "conversamos" cotidianamente com pessoas em diferentes fases do ciclo vital e em seus períodos de transição. É

então que encontramos pessoas cientes do momento presente, outras presas no já vivido ou aquelas que se projetam no porvir.

E, independente da idade cronológica e da maturidade emocional, nos momentos de acolhimento, somos interpelados por algum tipo de sofrimento. As demandas de saúde emergentes nos serviços da atenção básica, por vezes, interpelam as práticas cotidianas dos profissionais de saúde, e - não é incomum -, que estes profissionais questionem suas práticas após encontros com o inesperado, com o desconhecido, com o trágico. A experiência de sofrimento do outro, por vezes, interpela a nossa experiência pessoal e o nosso saber, sendo esse o terreno fértil das criações e dos improvisos, ora interessantes, ora desastrosos.

E porque este texto tem por base constatações e inquietações, propomos agora lembrar algumas formas de organização e orientações, já formalizadas, para se acolher. Cumpre reafirmar que o acolhimento é uma tecnologia leve, baseada na arte do encontro, da escuta qualificada, da vinculação e da corresponsabilização e, para fazê-lo, exige-se, antes de tudo, disposição para uma experiência dialógica e compartilhada.

De acordo com o Ministério da Saúde<sup>1</sup> (p.31), algumas estratégias podem ser aplicadas para operacionalizar as situações cotidianas de acolhimento, funcionando como âncoras, uma vez que oferecem objetividade e estabilidade ao que, em sua essência, é o subjetivo e o instável que caracteriza as relações humanas:

O acolhimento pela equipe de referência do usuário, cuja característica principal consiste em que cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades.

Já a equipe de acolhimento do dia é uma estratégia para unidades com mais de uma equipe. O enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do

acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso.

Há o acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia), que se efetiva em unidades com mais de uma equipe. Para tanto, estipula-se determinada quantidade de usuários ou horários nos quais o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como um quantitativo de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender durante o turno.

Por último fazemos uma referência ao acolhimento coletivo, cuja dinâmica consiste em que, no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúna com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, são feitas escutas e, na sequência, conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório).

A próxima estratégia a ser lembrada como inerente ao bem acolher, diz respeito à escuta qualificada quando aplicada às demandas cotidianas de saúde na atenção básica. Nos ambientes profissionais, de forma relativamente simples, é possível identificar concepções e práticas de escuta que parecem transitar livremente das relações da vida privada para as relações profissionais. Para exemplificar destacamos duas concepções: a primeira reduz a escuta à perspectiva fisiológica do ato de ouvir e sustenta que a mesma se processa em decorrência de um instinto. Já a segunda concepção, superestima a escuta elevando-a à categoria de um dom. Ao confrontar uma e outra concepções, damos-nos conta da necessidade de desmistificar a escuta, devolvendo-lhe o lugar de habilidade própria dos humanos e, enquanto tal, passível de ser aperfeiçoada, uma vez que escutar com qualidade é algo que se aprende.

Para não repetir o já conhecido acerca da escuta qualificada, recorreremos à escrita breve e incisiva, na esperança de assim procedendo manter a atração que este tema usualmente exerce sobre todos. Para tanto, incorporamos ao texto algumas ideias enunciadas por Dunker e Thebas (8), que de forma leve e divertida, analisam o que pode tornar uma escuta “pesada” e “cansativa”. Optamos por dar destaque aos aspectos leves, nem por isso menos importantes, que devem comparecer a uma escuta dita qualificada.

Para que uma boa escuta aconteça, a fala de quem nos dirige a palavra deve despertar, em seu sentido mais pleno, a nossa curiosidade e o desejo de conhecer as intenções - que apenas se deixam entrever através da escolha das palavras, do timbre da fala e das emoções que vazam no discurso daqueles que nos procuram.

Também se faz necessário refletir acerca dos elementos que tecem as condições tidas como ideais para que se instaure um “estado interior” de escuta, quais sejam: a abertura para o outro, a prontidão para ajuda, a liberdade em seu sentido ético, a confiança que transmite familiaridade, a paciência e o desejo de compreender. No esforço de manter a concisão da escrita, recorreremos à boa gíria paulistana e argumentamos que somente “juntos e misturados” é que estes elementos ganham expressão através do silêncio de quem escuta. Silêncio que não é ausência de fala, mas uma forma sofisticada de comunicação.

Sublinhamos que permanecer calado até que o outro termine de falar não é necessariamente expressão de escuta. Da mesma maneira pensar no que será dito enquanto o outro fala obrigatoriamente denota escuta, uma vez que pode indicar a construção de argumentos para refutação. Outras vezes a escuta é apenas silêncio, sem necessidade de nenhum tipo de fala ou de intervenção. Nessas circunstâncias está em curso a mais difícil lição quando decidimos oferecer uma escuta qualificada: silenciar por dentro. O silêncio da escuta produz reações poderosas que circulam entre sustentar o convite para que o outro continue a falar em alternância com o desejo de ouvir e, sobretudo, de “se” ouvir.

Para realizar uma escuta qualificada é importante que o profissional da Atenção Básica tenha a habilidade de se despir de julgamentos, para que seja oportunizada a possibilidade que o outro fale sem interferências e sem sentir-se recriminado. Havemos de nos mostrar atentos, percebendo-nos junto ao outro, apreendendo os ditos e os não-ditos, garantindo sigilo, reconhecendo o usuário como um sujeito que possui direitos e que, no instante do acolhimento, os reivindica como indivíduo e como cidadão.

Uma outra atitude significativa para escutar com qualidade consiste em perceber como somos afetados pelo que nos é dito, em particular quando em situações de escuta profissional. Nestas circunstâncias a capacidade de acatar os próprios sentimentos e de reconhecer que a emoção modifica a forma como raciocinamos, nos põe à prova. É, via de regra, o momento em que tomamos contato como sofrimento do outro, entendendo que só a ele pertence e que dele podemos apenas nos aproximar, se possível sem culpa ou piedade projetiva. Esse é o desafio maior e imediato da escuta que tem pretensões transformadoras, seja no plano subjetivo ou político, uma vez que para além do compromisso com a assistência - lembramos que escutar é escolha e não sacrifício - nos tornamos testemunhas das demandas do sujeito e do cidadão.

Em seguida tratamos das condições desejáveis para que se efetive a escuta individual e coletiva na Atenção Básica. Se nos fosse possível escreveríamos sobre a escuta e sobre o como escutar com a sensibilidade poética que caracteriza Rubens Alves, em particular no texto intitulado "A Escutatória" (1996) - que recomendamos ler para ouvir melhor. Em tempo, ressaltamos que trazer poesia para o cotidiano da assistência não significa perder de vista o contexto no qual a escuta vai acontecer, nem influencia o tipo de escuta a ser praticada, nem modifica as possibilidades de resolutividade da rede; muito pelo contrário a sensibilidade poética abre-nos os olhos e nos permite ver mais longe.

Para a escuta das demandas individuais é recomendado instituir um ambiente calmo, acolhedor e protegido das interferências inerentes ao serviço, para tanto é prudente reorganizar, se necessário,

os agendamentos. Plaquinhas que alertam “em atendimento” são bem-vindas ao processo de escuta acolhedora. Ao escutar mantenha contato visual e concentre-se no que está sendo dito. Conceda atenção igualitária às queixas físicas e aos sentimentos, emoções e sofrimentos expressos em linguagem não verbal. Esquive-se das indiscrições ou especulações sem sentido acerca da vida do outro. Não pergunteem demais, espere o outro expressar o que ele julga necessário para somente depois devolver impressões. Sustente durante toda a escuta uma atitude empática e despida de julgamentos. Evite fazer anotações enquanto a pessoa estiver lhe falando. Após encerrar a escuta avalie se a demanda posta necessita de referência para serviços especializados em ajuda social ou psicológica. Por último, após saída da pessoa, faça anotações e registre os desdobramentos da ação de escuta. Lembre-se que há possibilidade de escuta em todas as interfaces de atendimento da Atenção Básica sendo benéfico - tanto em termos das relações interpessoais como da qualidade da assistência -, manter-se interessado em ir além dos atendimentos protocolados nos programas.

Para se proceder a escuta coletiva existem muitas metodologias e estratégias de grupalidade, mas a principal e mais utilizada na Atenção Básica é a roda de conversa. Tal estratégia para ser efetiva necessita de organização e clareza de | Objetivos

Preferencialmente a roda de conversa deverá ocorrer em um ambiente ventilado, com cadeiras dispostas em círculo e com o mínimo de interferências externas. Se o ambiente for externo e aberto, o facilitador deverá evitar marcar outros atendimentos no horário da realização do grupo, garantindo assim que o fluxo de pessoas seja restrito aos participantes da roda de conversa.

A roda deve ser organizada em três momentos: abertura, desenvolvimento e fechamento. Depreende-se que a abertura é o momento inicial da roda de conversa, no qual os participantes são acolhidos através de uma dinâmica cujo objetivo é integrar os participantes. Convém que todos se apresentem e que o facilitador apresente a temática da roda. Em seguida é posta em curso a etapa denominada desenvolvimento, para tanto usualmente é feita

uma "pergunta mote", que versa sobre a temática a ser conversada, ou de pronto, pode ser posta em prática a atividade previamente planejada. Já a etapa de fechamento tem início quando os participantes refletem sobre o que foi debatido na roda de conversa. Nesse momento é importante que o moderador silencie ou ouça, com o mínimo de interferência, as reflexões realizadas pelos participantes. Para concluir é interessante que o facilitador faça uma síntese das ideias mais significativas que circularam na roda. Caso sejam identificadas situações que exijam intervenção imediata, o participante deve ser convidado, após encerramento da roda de conversa, para escuta individual e ser adequadamente orientado ou referenciado para outros serviços.

É sabido que todos os programas inerentes à Estratégia Saúde da Família promovem, em certa medida, resolutividade nas ações, em particular no que concerne aos procedimentos padrões de cada linha de cuidado. No entanto, insistimos em lembrar que a resolutividade de uma única demanda não reduz o alcance do acolhimento, muito pelo contrário, uma vez que este só se efetiva nas interfaces das dimensões biopsicossocial.

Assim sendo, acolher respeitando as interface diz respeito a perscrutar a perspectiva biológica sem perder a conexão com a dimensão psíquica e social. Entendendo que mesmo que ocorram alternâncias nas prioridades que determinam uma demanda ou necessidade, a atenção que o profissional concentra sobre uma destas dimensões não pode produzir rupturas ou isolamento das demais. O acolhimento se amplia ao pensarmos a clínica e os processos de saúde/doença como uma unidade (6).

Isto posto, citamos alguns exemplos do acolhimento que pode alcançar as interfaces do cuidado biopsicossocial:

Cada vez que acolhemos uma mulher que chega ao serviço de saúde motivada precipuamente pelos sintomas que emergem do seu corpo, tais como queixas pré-menstruais, sangramento uterino anormal, ou desejando acompanhamento pré-natal, ou ainda, por estar em período de puerpério e em aleitamento; não podemos

perder de vista o seu contexto afetivo, familiar e do trabalho. Para bem acolher nestas circunstâncias é necessário visitar as interfaces do somático com o social e destes com o psíquico, para assim ter acesso ao modo como a mulher vivencia seu corpo e sua subjetividade. Desse modo nos aproximamos de potencialidades e podemos reconhecer vulnerabilidades, para então promover saúde física e mental e caminhar em direção a tão almejada assistência integral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, R. A. Escutatória. In: ALVES, R. A. **O amor que acende a lua**. São Paulo: Papyrus, 1999. cap. 2, p. 65-72. Disponível em: [https://books.google.com.br/books/about/O\\_amor\\_que\\_acende\\_a\\_lua.html?id=ZK849YFaxaQC&printsec=frontcover&source=kp\\_read\\_button&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books/about/O_amor_que_acende_a_lua.html?id=ZK849YFaxaQC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. Brasília, DF: 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 22 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília-DF: Ministério da Saúde, v. 1, n. 28, 2013. 56 p. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwih\\_lu0i7X3AhV1qpUCHZM7CyMQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fbvvsms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Facolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf&usg=AOvVaw3YY3iHeTD\\_Zm5zU2S06Sij](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwih_lu0i7X3AhV1qpUCHZM7CyMQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fbvvsms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Facolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf&usg=AOvVaw3YY3iHeTD_Zm5zU2S06Sij). Acesso em: 27 abr. 2022.

DUNKER, C.; THEBAS, C. **O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2019.

KOLB, D. A. Experimental learning: experience as the source of learning and development. **Prentice-Hall**, v. 1, n. 1, p. 20-38, 1984. Disponível em: <https://www.researchgate.net/>

publication/235701029\_Experiential\_Learning\_Experience\_As\_The\_Source\_Of\_Learning\_And\_Development. Acesso em: 27 abr. 2022.

LESSA, J. M.; FARIAS, S. M.; JÚNIOR, A. M.; PASSOS, E. (Orgs). **Interfaces entre psicologia, clínica e saúde**. Curitiba: CRV, 2019.

MINÓIA, N. P.; MINOZZO, F. Acolhimento em Saúde Mental: operando mudanças na atenção primária à saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão [online]**, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001782013>. Acesso em: 27 abr. 2022.

SILVA, P. M. C. et al. Saúde mental na atenção básica: possibilidades e fragilidades do acolhimento. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 1, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jats-Repo/3595/359562643015/359562643015.pdf>. Acesso em 22 ago. 2021.

SOARES, A. P. C. **Roteiro para roda de conversa sobre o PNAES**. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Farroupilha, 2019. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjhptjfrX3AhUou-5UCHfGZB84QFnoECAgQAw&url=https%3A%2F%2Feducapes.capes.gov.br%2Fbitstream%2Fcapex%2F433385%2F2%2FROTEIRO%2520PARA%2520RODA%2520DE%2520CONVERSA%2520SOBRE%2520O%2520PNAES.pdf&usg=AOvVaw2zgjSW6TjFw-B-59D7xIMuJ>. Acesso em: 20 set. 2021.

## CAPÍTULO 2

# BIOSSEGURANÇA

*Investir em biossegurança é a maior demonstração de amor ao próximo.*

*Glênia Santiago*

**Elaboração**

---

Ana Gracielle Moreira Gomes

# CAPÍTULO 2

- 2.1. Higienização simples das mãos
- 2.2. Uso de Luvas de Procedimento
- 2.3. Uso de Luvas Esterilizadas
- 2.4. Paramentação e Desparamentação
- 2.5. Processamento de Artigos e Superfícies
- 2.6. Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde

POP Nº 2.1

# HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

## O QUE REALIZAR

Higienização simples das mãos/ higienização antisséptica/fricção antisséptica com solução alcóolica/ álcool gel.

## FREQUÊNCIA

- 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.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

## OBJETIVOS

- Reduzir a carga microbiana transitória com a higienização simples;
- Inativar através de antissépticos a microbiota residente das mãos, prevenindo transmissão de infecção;
- Incentivar práticas seguras entre os profissionais, segurança do usuário e de toda equipe.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Água corrente, detergente, antissépticos, papel toalha, dispensadores universais.

## PROCEDIMENTO

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos (seguir a quantidade recomendada pelo fabricante)
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si.
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa.
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais.
- 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.
- Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa
- Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa.
- Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.
- Secar as mãos com papel toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha.

### HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ANTISSÉPTICO

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete comum por um associado a antisséptico (por exemplo, antisséptico degermante).

### FRICÇÃO DAS MÃOS COM ANTISSÉPTICO (PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS)

Seguir técnica de higiene simples, sem enxágue, deixar o álcool evaporar

## OBSERVAÇÕES

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; o uso 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.

## IMPORTANTE

- Enxaguar abundantemente as mãos para remover resíduos de sabonete líquido e sabonete antisséptico;
- Friccionar as mãos até a completa evaporação da preparação alcoólica;
- Secar cuidadosamente as mãos após lavar com sabonete líquido e água;
- Manter as unhas naturais, limpas e curtas;
- Não usar unhas postiças quando entrar em contato direto com os pacientes;
- Deixar punhos e dedos livres, sem a presença de adornos como relógios, pulseiras e anéis, etc;
- Aplicar regularmente um creme protetor para as mãos (uso individual).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília-DF: ANVISA, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_servicos\\_saude\\_higienizacao\\_maos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf). Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Estabelece o protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em: 01 maio 2022.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 1ª edição, 2016.

EBSERH. **Procedimento Operacional Padrão**. POP/CCIH/001/2015. Disponível em <http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+HIGIENIZA%C3%87%C3%830+DAS+M%C3%83OS+EBSERH.pdf/594de73c-0eb6-4ffb-968a2875de13eae8>. Acesso em: 04 abr. 2021.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

POP N° 2.2

# USO DE LUVAS DE PROCEDIMIENTO

## O QUE REALIZAR

Uso de luvas de procedimento

## FREQUÊNCIA

- 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 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.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

## OBJETIVOS

Proteção dos profissionais, mecanismo de barreira que aliado à práticas seguras previnem riscos de contaminação por microorganismos presentes em fluidos corporais como sangue, vômito, eliminações fisiológicas, secreções e excreções, assim como contaminação ao manuseio de artigos ou superfícies contaminadas, sem luvas.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

Luvas de procedimento ambidestras em tamanhos variados.

## PROCEDIMENTO

### RECOMENDAÇÕES

#### Colocar as luvas:

- Calçar luvas ambidestras sem técnica padrão

#### Remoção das luvas de procedimento:

- Não lavar ou usar novamente o mesmo par de luvas.
- O uso de luvas não substitui a higienização das mãos
- Retirar as luvas, puxando a primeira pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta.
- Segurar a luva removida com a mão enluvada
- Tocar a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retirar a outra luva.
- Descartar as luvas em lixeira apropriada

## ORIENTAÇÕES GERAIS

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 recomendações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília-DF: ANVISA, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_servicos\\_saude\\_higienizacao\\_maos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf). Acesso em: 27 abr. 2022.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 1ª edição, 2016.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

POP N° 2.3

# USO DE LUVAS ESTERELIZADAS

## O QUE REALIZAR

Uso de luvas esterilizadas

## FREQUÊNCIA

- Utilizar luvas esterilizadas durante procedimentos invasivos e assépticos

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

## OBJETIVOS

- Realizar técnica asséptica, evitando contaminação durante técnicas e procedimentos invasivos de Enfermagem. Objetiva ainda técnica da remoção de forma a não contaminar os profissionais nessa etapa.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Luvas esterilizadas

## PROCEDIMENTO

- Calçar luvas esterilizadas
- Retirar anéis, pulseiras e relógio.
- Realizar a higienização das mãos (POP 2.1).
- Afastar-se do campo estéril.
- Abrir a embalagem das luvas sem contaminá-las, tocando apenas a parte externa do pacote.
- Levantar a luva a ser calçada com a mão oposta, fazendo uma pinça com o polegar e indicador, e tocando somente na parte inferior da dobra do punho.

- Calçar a luva com a palma da mão voltada para cima e os dedos unidos, mantendo a distância do campo estéril, do próprio corpo e de qualquer fonte de contaminação
- Colocar os dedos da mão enluvada (exceto o polegar) na parte interna da dobra do punho da segunda luva, expondo sua abertura
- Palma da mão voltada para cima
- Desfazer a dobra do punho com os dedos unidos e tocando somente na parte interna da dobra do punho.
- Ajustar as luvas.

### RETIRAR LUVAS

- Manter as luvas contaminadas com os dedos voltados para baixo.
- Com a mão oposta enluvada, segurar a face externa da luva, na altura do punho
- Tracionar a luva para retirá-la da mão, virando-a pelo avesso
- Prender a luva na mão que ainda está enluvada.
- Segurar a face interna da luva da outra mão, com a mão desenluvada, na altura do punho.
- Tracionar a luva com o mesmo movimento anterior, retirando-a de forma que uma luva permaneça dentro da outra e o lado contaminado para dentro.
- Desprezar as luvas.
- Realizar a higienização as mãos (ver POP 2.1)

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília-DF: ANVISA, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_servicos\\_saude\\_higienizacao\\_maos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf). Acesso em: 27 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377 de 9 de julho de 2013. Estabelece o protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377\\_09\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html). Acesso em: 01 maio 2022.

EBSERH. **Procedimento Operacional Padrão.** POP/CCIH/001/2015. Disponível em <http://www2.ebserh.gov.br/documents/220250/1649711/POP+HIGIENIZA%C3%87%C3%83O+DAS+M%C3%83OS+EBSERH.pdf/594de73c-0eb6-4ffb-968a-2875de13eae8>. Acesso em 04 abr. 2021.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook Enfermagem.** Belo Horizonte: Blackbook, 1ª edição, 2016.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

UFRJ. **Procedimento Operacional Padrão.** POP/MEUFRJ/017/\_\_\_\_. Disponível em: [http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop\\_17\\_luvas.pdf](http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/enfermagem/pop_17_luvas.pdf). Acesso em: 01 maio 2022.

POP Nº 2.4

# PARAMENTAÇÃO E DESPARAMENTAÇÃO

## O QUE REALIZAR

Paramentação e desparamentação

## FREQUÊNCIA

- Antes de procedimentos que gerem aerossóis.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

## OBJETIVOS

- Padronizar o processo de paramentação e desparamentação dos EPIs utilizados durante o atendimento.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Avental descartável;
- Gorro/Touca descartável;
- Luvas de procedimento ou estéreis (conforme procedimento a ser realizado);
- Máscara cirúrgica;
- Máscara N95 ou PFF2;
- Óculos de proteção e/ou protetor facial.

## PROCEDIMENTO

### SEQUÊNCIA DE PARAMENTAÇÃO

1. Reunir o material necessário
2. Higienizar as mãos.
3. Vestir o avental primeiramente pelas mangas, ajustando as amarras nas costas e cintura. Certifique-se de que o tronco esteja totalmente coberto, bem como os braços e os punhos. Lembre-se: Nunca amarre o avental pela frente.

4. Colocar a máscara (cirúrgica ou N95 conforme atividade ou procedimento a ser realizado).
5. Higienizar as mãos.
6. Colocar gorro/touca, se óculos de proteção → colocar óculos de proteção
7. Colocar gorro/touca se protetor facial → colocar protetor facial
8. Higienizar as mãos.
9. Calçar as luvas conforme procedimento a ser realizado e ajustá-las até cobrir o punho do avental;

### **| SEQUÊNCIA DE DESPARAMENTAÇÃO**

1. Retirar as luvas de procedimento ou estéreis; Retire a primeira luva puxando-a pelo lado externo do punho com os dedos da mão oposta → Segure a luva removida com a outra mão enluvada → Toque a parte interna do punho da mão enluvada com o dedo indicador oposto (sem luvas) e retire a outra luva, deixando a primeira luva dentro da segunda → Descarte as luvas na lixeira de resíduo infectante.
2. Higienizar as mãos;
3. Retirar o avental descartável com cuidado para não contaminar a roupa; (Abra as tiras e solte as amarras → Empurre pelo pescoço e pelos ombros de forma segura sem movimentos bruscos para não levantar gotículas, toque apenas na parte interna do avental → Retire o avental pelo avesso → Despreze no lixo infectante).
4. Higienizar as mãos.
5. Remover o gorro/touca puxando pela parte posterior da cabeça e descartar em lixo infectante. Obs.: Se estiver utilizando protetor facial removê-lo antes do gorro.
6. Higienizar as mãos.
7. Calçar luvas de procedimento.
8. Remover os óculos de proteção tocando delicadamente na extremidade lateral, próximo a região auricular.
9. Realizar a limpeza e desinfecção dos óculos e/ou protetor facial conforme descrito: I. Utilizar água e sabão/detergente; II. Secar manualmente com material absorvente

limpo e macio; III. Desinfetar por três vezes com álcool a 70% → borrifar e realizar a fricção por 30 segundos iniciando pela parte interna e depois externa, atentando-se para realizar 17º movimento em sentido unidirecional, do menos contaminado para o mais contaminado; IV. Embalar ou armazenar em recipiente limpo destinado para sua guarda.

10. Retirar as luvas e descartar em lixo infectante.
11. Higienizar as mãos.
12. Retirar a máscara pelas tiras/elástico evitando tocar na parte da frente e higienizar as mãos novamente.

### **CUIDADOS NA COLOCAÇÃO DA MÁSCARA N95/PFF2**

- a. Higienizar as mãos;
- b. Segurar o respirador com o clip nasal próximo à ponta dos dedos deixando as alças pendentes;
- c. Encaixar o respirador sob o queixo;
- d. Posicionar uma das alças na nuca e a outra na cabeça;
- e. Ajustar o clip nasal no nariz;
- f. Verificar a vedação pelo teste de pressão positiva e negativa.

Verificação positiva da vedação: - Expire profundamente. Uma pressão positiva dentro da máscara significa que não tem vazamento. Se houver vazamento, ajuste a posição e/ou as alças de tensão. Teste novamente a vedação. Repita os passos até que a máscara esteja vedada corretamente.

Verificação negativa da vedação: -Inspire profundamente. Se não houver vazamento, a pressão negativa fará o respirador agarrar-se ao rosto. O vazamento resultará em perda de pressão negativa na máscara devido à entrada de ar através de lacunas na vedação. Se não for possível realizar uma verificação bem-sucedida da vedação da máscara na face do usuário (teste positivo e negativo de vedação da máscara na face), a máscara deverá ser descartada imediatamente.

## ETAPAS PARA A RETIRADA DA MÁSCARA N95/PFF2

- a. Higienizar as mãos;
- b. Segurar o elástico inferior passando-o por cima da cabeça para removê-lo;
- c. Segurar o elástico superior passando-o por cima da cabeça para removê-lo;
- d. Para remover a máscara, retire-a pelos elásticos, tomando bastante cuidado para nunca tocar na superfície interna;
- e. Higienizar as mãos. Obs.: Acondicione a máscara em um papel com os elásticos para fora, para que não haja contaminação das tiras elásticas e para facilitar a retirada posteriormente, no caso de reutilização. O invólucro com a máscara não pode ser hermeticamente fechado e deve ser identificada com o nome do usuário, data da primeira utilização da máscara e guardado em locais adequados, secos e ventilados.

Se no processo de remoção da máscara houver contaminação da parte interna, ela deverá ser descartada imediatamente. O descarte deverá ser feito em lixo infectante. Deverão ser consideradas as orientações do fabricante no que se refere ao tempo de uso/número de reutilizações da máscara N95/PFF2 ou equivalente. Inspeccionar visualmente a máscara N95/PFF2 ou equivalente, antes de cada uso, para avaliar se sua integridade foi comprometida. Máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos, devem ser imediatamente descartadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Procedimento Operacional Padrão**. Equipamento de proteção individual e segurança no trabalho para profissionais de saúde da APS no atendimento às pessoas com suspeita ou infecção pelo novo coronavírus (Covid-19). 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/67>. Acesso em: 01 maio 2022. <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/>

pdf/2020/marco/30/20200330-POP-EPI-ver002-Final.pdf.  
Acesso em: 30 jul. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **COVID-19: orientações sobre a colocação e retirada dos equipamentos de proteção individual (EPIs)**. 2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2020/03/cartilha\\_epi.pdf](http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2020/03/cartilha_epi.pdf). Acesso em: 30 jul. 2020.

UFPI. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Piauí. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP's): Serviço de Enfermagem**. Teresina: IFPI, 2020. Disponível em: <https://www.ifpi.edu.br/noticias/ifpi-implanta-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/ManualdeProcedimentosOperacionaisPadroIFPI.pdf>. Acesso em: 01 maio 2022.

POP Nº 2.5

# PROCESSAMENTO DE ARTIGOS E SUPERFÍCIES

## O QUE REALIZAR

Processamento de artigos e superfícies

## FREQUÊNCIA

- Após utilização

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem

## OBJETIVOS

- Reduzir carga microbiana;
- Remover contaminantes de natureza orgânica e inorgânica;
- Assegurar a limpeza do material sem risco de contaminação;
- Oferecer artigos em perfeitos condições de uso;
- Garantir a eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala com pia, torneira, sabão líquido, detergente enzimático, esponja, escova, desinfetante, compressas, máquina seladora, papel grau cirúrgico, autoclave, indicadores de esterilização.

## PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos. Usar luvas no momento do procedimento de limpeza dos materiais, a luva deve ser de material resistente e possuir cano alto para proteção parcial do antebraço. Devem ser utilizadas sempre que houver a possibilidade de contato com materiais ou superfícies contaminadas ou produtos químicos. Usar avental impermeável durante a limpeza dos materiais. Deve ser usado por cima do uniforme e destina-se às tarefas em que exista risco de respingos de soluções com produtos químicos ou contaminados. Utilizar máscara quando existe a possibilidade de inalação de gases tóxicos (provenientes do preparo de soluções de desinfecção), risco de respingos na pele ou mucosas da face. Após o uso as máscaras devem ser descartadas, exceto

as máscaras de carvão ativado; Utilizar protetor ocular em situações como preparo de diluições irritantes ou produtos químicos sempre que houver risco de respingos de sangue ou secreções. Após o uso, os mesmos devem ser guardados limpos.

## ARTIGOS CRÍTICOS, SEMI-CRÍTICOS E NÃO-CRÍTICOS

Necessário se faz classificar os artigos para definir o processamento necessário.

- Os **ARTIGOS CRÍTICOS** são destinados à penetração através da pele e mucosas adjacentes, tecidos subepiteliais e no sistema vascular e requerem esterilização para satisfazer os objetivos a que se propõem.
- Os **ARTIGOS SEMI-CRÍTICOS** destinados ao contato com a pele não-íntegra ou com mucosas íntegras, requerem desinfecção de médio ou de alto nível, ou esterilização, para ter garantida a qualidade do múltiplo uso destes.
- Os **ARTIGOS NÃO-CRÍTICOS** são destinados ao contato com a pele íntegra do paciente, requerem limpeza ou desinfecção de baixo ou médio nível, dependendo do uso a que se destinam ou do último uso realizado.

## LIMPEZA

- A limpeza de artigos poderá ser feita por fricção mecânica, utilizando água e sabão, auxiliada por esponja, pano, escova (padronizar pia ou recipiente para este fim). Na limpeza manual, a fricção deve ser realizada com acessórios não abrasivos e que não liberem partículas.

## ENXÁGUE

- Para o enxágue após a limpeza e/ou descontaminação, a água deve ser potável e corrente.

## SECAGEM

- A secagem dos artigos objetiva evitar a interferência da umidade nos processos e produtos posteriores e poderá ser feita por uma das seguintes alternativas: Pano limpo ou seco, OU ar comprimido medicinal.

- Conforme o destino do artigo, armazená-lo ou submetê-lo à desinfecção ou esterilização.

## DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO

### DESINFECÇÃO QUÍMICA

Por Meio Químico Líquido: Imergir o artigo em solução desinfetante recomendada ou realizar fricção com pano embebido. Na impossibilidade de imersão: preencher o interior das tubulações e reentrâncias, evitando formação de bolhas de ar; observar e respeitar o tempo de exposição ao produto, de acordo com o recomendado para cada tipo; manter recipientes tampados durante o processamento dos artigos e a validade do produto;

Enxaguar artigos submetidos aos produtos, inclusive o interior das tubulações, com água potável ou água esterilizada de acordo com a criticidade do artigo. Recomendam-se múltiplos enxágues, para eliminar os resíduos do produto utilizado.

Secar os artigos com compressas e acondicionar em invólucro adequado: recipiente limpo ou desinfetado, seco e fechado

Os produtos destinados a este processo são o HIPOCLORITO DE SÓDIO, QUATERNÁRIO DE AMÔNIA, ÁCIDO PARACÉTICO E ÁLCOOL 70%.

Para a desinfecção química deve dispor de uma sala exclusiva. Caso o serviço realize desinfecção ou esterilização química líquida automatizada, deve também dispor de área e condições técnicas necessárias para instalação do equipamento. Na sala de desinfecção química o enxágue dos produtos para saúde deve ser realizado com água que atenda aos padrões de potabilidade definidos em normatização específica.

Os desinfetantes para artigo semicrítico devem ser utilizados de acordo com os parâmetros definidos no registro do produto.

### ESTERILIZAÇÃO

É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A

probabilidade de sobrevivência do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão.

## **ESTERILIZAÇÃO POR MEIO FÍSICO**

Acondicionar os artigos em invólucros de grau cirúrgico e outros para este fim, adequados ao tipo de processamento escolhido; submeter os artigos à máquina esterilizadora, geralmente AUTOCLAVE.

## **MONITORAMENTO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO**

O monitoramento do processo de esterilização deve ser realizado em cada carga em pacote teste desafio com integradores químicos, segundo rotina definida pela própria UBS ou Distrito Sanitário ou pela empresa processadora.

O monitoramento do processo de esterilização com indicadores físicos deve ser registrado a cada ciclo de esterilização. É obrigatório a realização de teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (Bowie & Dick) da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia. Não é permitido o uso de estufas para a esterilização de produtos para saúde.

No monitoramento do processo de esterilização dos produtos para saúde implantáveis deve ser adicionado um indicador biológico, a cada carga.

A carga só deve ser liberada para utilização após leitura negativa do indicador biológico.

O monitoramento do processo de esterilização com indicador biológico deve ser feito diariamente, em pacote desafio disponível comercialmente ou construído pelo CME ou pela empresa processadora, que deve ser posicionado no ponto de maior desafio ao processo de esterilização, definido durante os estudos térmicos na qualificação de desempenho do equipamento de esterilização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC nº15 de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEw-jkisPsrB73AhUmrZUCHWafCo4QFnoECAsQAw&url=https%3A%2F%2Fbvsm.sau.de.gov.br%2Fbvsm%2Fsaudelegis%2Fanvisa%2F2012%2Frdc0015\\_15\\_03\\_2012.html&usg=AOvVaw3Wjm2TK-FUREifztx-q9\\_ad](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEw-jkisPsrB73AhUmrZUCHWafCo4QFnoECAsQAw&url=https%3A%2F%2Fbvsm.sau.de.gov.br%2Fbvsm%2Fsaudelegis%2Fanvisa%2F2012%2Frdc0015_15_03_2012.html&usg=AOvVaw3Wjm2TK-FUREifztx-q9_ad). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. 2. Ed, Brasília-DF,1994. 50 p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwipiP60rb73AhUEiJUCHYP-tAqgQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.sau.de.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fsuperficie.pdf&usg=AOvVaw-2QXhDJ1Z8GUH6IV5adaPrS>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a obrigatoriedade da instituição do Programa de Controle de Infecções Hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998. Disponível em: [https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html). Acesso em: 01 maio 2022.

SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. **Práticas Recomendadas**, 6. ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

POP Nº 2.6

# GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

## O QUE REALIZAR

Gerenciamento dos Resíduos Sólidos nos Serviços de Saúde (GRSSS)

## FREQUÊNCIA

- Ao gerar resíduo sólido

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Separar, identificar e acondicionar os resíduos gerados nos Serviços de Saúde até sua coleta final.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Lixeiras com identificação específica com cores e símbolos por classificação de resíduo;
- Sacos específicos com cores e símbolos por classificação de resíduo;
- Sacos Recipientes coletores de resíduo perfuro-cortante.

## PROCEDIMENTO

- O manejo dos resíduos sólidos nos serviços de saúde deve obedecer a critériostécnicos e sanitários e contemplar os aspectos de minimização na geração, segregação, acondicionamento, identificação, coleta e transporte interno, armazenamento temporário, tratamento interno, armazenamento externo, coleta e transporte externo, tratamento externo e disposição final.
- A RDC N°222/2018 da ANVISA classifica os RSS em cinco categorias, onde iremos voltar nosso protocolo para o tipo de resíduo gerado.

- Os resíduos classificados no Grupo A1: São aqueles resultantes da administração de imunobiológicos que contém na formulação resíduos com microorganismos vivos atenuados, incluindo frascos de imunobiológicos com expiração do prazo de validade, frascos vazios com restos do produto ou conteúdo inutilizado. Estes devem ser submetidos a tratamento, antes da disposição final.
- Os resíduos classificados no Grupo E: Os perfurocortantes necessitam ser acondicionados em recipientes resistentes, que atendam aos parâmetros referenciados na NBR ABNT: 13853: 1997, que estejam devidamente identificados com a inscrição pérfuro cortante e devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final
- Acondicionar os resíduos classificados em A1 e E em caixas coletoras de material perfurocortantes.
- O trabalhador deve observar a capacidade de armazenamento da caixa coletora, definida pelo fabricante, independentemente do número de dias trabalhados.
- Quando atingir o limite recomendado pelo fabricante lacrar a caixa
- Acondicionar as caixas coletoras em saco branco leitoso (que deve ser realizado com dois nós); O transporte interno até o local de armazenamento temporário é responsabilidade da equipe de limpeza da Unidade;
- Os resíduos classificados no Grupo D: Quanto a outros resíduos gerados a partir de atividades da Rede de Frio, como as caixas de poliuretano e/ou poliestireno expandido (isopor), as bobinas reutilizáveis, os papéis e derivados, destinados à reciclagem ou a coleta comum de lixo. Por se tratar de substância atóxica, o conteúdo interno das bobinas reutilizáveis preenchidas com gel pode ser descartado na rede de esgoto local, antes do acondicionamento para a reciclagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CONAMA nº 358/2005** – Dispõe sobre o tratamento a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde. Brasília-DF, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/>

pt-br/assuntos/servicosdesaude/gerenciamento-de-residuos.  
Acesso em: 01 maio 2022.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10.004 – Resíduos Sólidos**. Classificação. Rio de Janeiro, Brasil, 1987b, 63p.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Gerenciamento dos Resíduos de Serviço de Saúde**. Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjI3Zzmr773AhX\\_spUCHXlkDjwQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.anvisa.gov.br%2Fservicosdaude%2Fmanuais%2Fmanual\\_gerenciamento\\_residuos.pdf&usq=AOvVaw2WWsFEIWdNdG2\\_Wf2CaJnU](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjI3Zzmr773AhX_spUCHXlkDjwQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.anvisa.gov.br%2Fservicosdaude%2Fmanuais%2Fmanual_gerenciamento_residuos.pdf&usq=AOvVaw2WWsFEIWdNdG2_Wf2CaJnU). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. 2019. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/05/Protocolo-de-manejo-clinico-para-o-novo-coronavirus-2019-ncov.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2616 de 12 de maio de 1998. Dispõe sobre a obrigatoriedade da instituição do Programa de Controle de Infecções Hospitalares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html). Acesso em: 01 maio 2022.

## CAPÍTULO 3

# SEMILOGIA E SEMIOTÉCNICA

*“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”*

*Leonardo Boff*

### **Elaboração**

---

Lidiany Galdino Felix

Eloíde André Oliveira

Maria Núbia de Oliveira

Elma Galdino Brandão

Kleane Maria da Fonseca Azevedo Araújo

# CAPÍTULO 3

- 3.1. Aferição de Sinais vitais
  - 3.1.1. Aferição de Sinal Vital - PAS
  - 3.1.2. Aferição de Sinal Vital - Temperatura
  - 3.1.3. Aferição de Sinal Vital - Pulso
  - 3.1.4. Aferição De Sinal Vital - Respiração
  - 3.1.5. Aferição De Sinal Vital - Oximetria de Pulso
- 3.2. Aferição de Peso no Adulto
- 3.3. Aferição da Estatura em adultos
- 3.4. Administração de Nebulização / Inalação
- 3.5. Retirada de Pontos
- 3.6. Mensuração da Glicemia Capilar
- 3.7. Administração de Medicamentos por via oral
- 3.8. Administração de Medicamentos por via intradérmica
- 3.9. Administração de Medicamentos por via subcutânea
- 3.10. Administração de Medicamentos por via intramuscular
  - 3.10.1. Preparo e administração da Penicilina
- 3.11. Administração de Medicamentos por via endovenosa
- 3.12. Realização de Curativo
- 3.13. Cateterismo Vesical de Alívio
- 3.14. Cateterismo Vesical de Demora
  - 3.14.1. Cateterismo Vesical de Demora Feminino
  - 3.14.2. Cateterismo Vesical de Demora Masculino
- 3.15. Realização de Testes Rápidos
  - 3.15.1. Teste Rápido Sífilis
  - 3.15.2. Teste Rápido HIV
  - 3.15.3. Teste Rápido Hepatite B
  - 3.15.4. Teste Rápido Hepatite C

POP Nº 3.1

# AFERIÇÃO DE SINAL VITAL

POP Nº 3.1.1

# AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - PAS

## O QUE REALIZAR

Aferição de pressão arterial sistêmica

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Detectar precocemente desvios de normalidade na Pressão Arterial Sistêmica;
- Indicar variações individuais de Níveis Pressóricos.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro..

## PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Chamar o paciente pelo nome apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado;
- Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos e não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;
- Deixar o paciente descansar por 5 a 10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. A PA é medida com o paciente sentado, com o braço repousado sobre uma superfície firme.

- Manter o braço do paciente na altura do coração.
- Localizar a artéria braquial por palpação;
- Colocar o paciente em repouso, com o braço livre de roupas, relaxado e mantido no nível do coração, apoiado e com a palma da mão para cima com o cotovelo ligeiramente fletido;
- Identificar o manguito adequado (com largura correspondente a 40% da circunferência do braço);
- Colocar o manguito firmemente cerca de 2 cm a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha do manguito deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento, envolver pelo menos 80% do braço. Assim, a largura do manguito a ser utilizado estará na dependência da circunferência do braço do paciente.
- Realizar assepsia das olivas e campânula do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%;
- Palpar a artéria radial, fechar a válvula da pêra e insuflar o manguito enquanto continua a palpar a artéria,
- Manter o estetoscópio firme sobre o pulso braquial, sem pressão excessiva, e insuflar o manguito gradualmente até o valor da PA estimada pelo método palpatório, e continue insuflando até 20-30 mmHg acima desta pressão;
- Esvaziar lentamente o manguito a uma velocidade de 2-4 mmHg/seg. Identificando pelo método auscultatório a PAS (Pressão Arterial Sistólica - 1º som audível) e a PAD (último som audível);
- Desinsuflar o manguito rapidamente;
- Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 1-2 minutos;
- Retirar o manguito do braço do paciente;
- Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação no prontuário do paciente e formulário padronizado pelo serviço (quando existir);
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.



POP Nº 3.1.2

# AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - TEMPERATURA

## O QUE REALIZAR

Aferição da temperatura axilar adulto

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Determinar a temperatura axilar do paciente / cliente;
- Avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem;
- Auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Termômetro clínico;
- Bandeja;
- Algodão;
- Álcool a 70%;

## PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos;
- Organizar o material necessário em uma bandeja;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70%;
- Enxugar a axila do paciente, se necessário;
- Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do paciente;
- Realizar a leitura após 3 a 5 minutos, ou até ouvir o som, no caso dos termômetros digitais e realizar a leitura;
- Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70%;
- Recolher o material;

- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar a temperatura aferida no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço (quando existir);
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## OBSERVAÇÃO

Em casos de hipertermia providenciar o atendimento com prioridade.

### VALORES DE REFERÊNCIA PARA TEMPERATURAS HIPOTERMIA

- Temperatura abaixo de 35°C
- Afebril: 36°C a 37°C
- Estado febril: 37,3 a 37,7 °C
- Febre / Hipertermia: 37,8 a 38,9 °C
- Pirexia: 39 a 40°C
- Hiperpirexia: Acima de 40 °C

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EBSERH. **POP – Procedimentos Operacionais Padrão**, UNIRIO, 2016. Disponível em: <https://www.ifpi.edu.br/noticias/ifpi-im-plantas-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/ManualdeProcedimentosOperacionaisPadroIFPI.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

PORTO, C. C. **Semiologia Médica**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TEIXEIRA, C. C. Aferição dos sinais vitais: um indicador do cuidado seguro em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 4, n. 4, p. 1071-1078, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt\\_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-24-04-01071.pdf). Acesso em: 30 abr. 2022.

POP Nº 3.1.3

# AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - PULSO

## O QUE REALIZAR

Contagem da Frequência e descrição das características do pulso

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Auxiliar no esclarecimento diagnóstico e na instituição do tratamento;
- Detectar alterações no funcionamento cardíaco;
- Acompanhar a curva de variação da frequência do pulso.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala com privacidade sem barulho.
- Relógio com marcador de segundos;
- Caneta;
- Papel para anotações

## PROCEDIMENTO

- Informar ao acompanhante e paciente do procedimento e a sua finalidade;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição confortável, adequada e segura.
- Expor o local da artéria selecionada;
- Aproximar o relógio do campo visual;
- Colocar as polpas dos dedos indicadores e médios sobre a artéria, comprimindo-a, moderadamente, até sentir a sua pulsação

e contar a frequência das pulsações, observando o ritmo, e o volume do pulso;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EBSERH. **POP – Procedimentos Operacionais Padrão**, UNIRIO, 2016. Disponível em: <<https://www.ifpi.edu.br/noticias/ifpi-implanta-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/ManualdeProcedimentosOperacionaisPadroIFPI.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2022.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/manual-normas-rotinas-procedimentos-enfermagem-atencao-basica/>. Acesso em: 02 maio 2022.

STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2014.

VIANA, D. L. **Boas Práticas de Enfermagem**. São Paulo: Yendis, 2010.

POP Nº 3.1.4

# AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - RESPIRAÇÃO

## O QUE REALIZAR

Contagem da frequência e descrição das características do pulso

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem

## OBJETIVOS

- Auxiliar no esclarecimento diagnóstico e na instituição do tratamento adequado;
- Detectar alterações no ritmo respiratório;
- Acompanhar a curva de variação da frequência respiratória.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala com privacidade sem barulho.
- Relógio com marcador de segundos;
- Caneta;
- Papel para anotações;

## PROCEDIMENTO

- Informar ao acompanhante e paciente do procedimento e a sua finalidade;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição confortável, adequada e segura.
- Aproximar o relógio do campo visual;
- Contar o número de respirações durante um minuto, observando o tipo de respiração, a expansibilidade torácica, o ritmo, a profundidade e a presença de ruídos audíveis;

- Anotar no prontuário do paciente ou em formulário específico do serviço.

## OBSERVAÇÃO

Recomenda-se realizar a contagem da frequência respiratória em seguida a contagem do pulso, evitando que ao informar o paciente o procedimento ele altere o seu ritmo respiratório normal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

EBSERH. **POP – Procedimentos Operacionais Padrão**, UNIRIO, 2016. Disponível em: <<https://www.ifpi.edu.br/noticias/ifpi-implanta-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/ManualdeProcedimentosOperacionaisPadroIFPI.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2022.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem**. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/manual-normas-rotinas-procedimentos-enfermagem-atencao-basica/>. Acesso em: 02 maio 2022.

STACCIARINI, T. S. G.; CUNHA, M. H. R. **Procedimentos Operacionais Padrão em Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2014.

VIANA, D. L. **Boas Práticas de Enfermagem. São Caetano do Sul**, SP: Yendis, 2010.

# AFERIÇÃO DE SINAL VITAL - OXIMETRIA DE PULSO

## O QUE REALIZAR

Medição da concentração de oxigênio arterial

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Monitorar a concentração de oxigênio arterial;
- Fornecer informações acerca dos sistemas cardíacos e respiratórios e o transporte de oxigênio no organismo;
- Fornecer dados de relevância clínica sobre a saturação de oxigênio transportado pelas hemoglobinas presentes no sangue arterial.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Sala com privacidade sem barulho;
- Oxímetro de pulso;
- Removedor de esmalte de unha caso necessário;
- Caneta;
- Papel para anotações.

## PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Preparar material e o ambiente;
- Explicar ao paciente/família os objetivos do procedimento;
- Avaliar e preparar o local para o acoplamento do sensor, retirando esmaltes ou unhas postiças;

- Posicionar o sensor com cuidado, preferencialmente no dedo indicador;
- Certificar-se de que ele se adapta facilmente sem estar muito solto ou muito apertado;
- Aguardar para que o oxímetro detecte o pulso e calcule a saturação de oxigênio;
- Uma vez que o pulso tenha sido detectado, a saturação de oxigênio e frequência de pulso serão exibidas;
- Ler os dados correspondentes na tela do visor e registrar.
- Anotar no prontuário do paciente ou em formulário específico do serviço.
- Higienizar as mãos;
- Realizar a desinfecção do oxímetro com álcool a 70%.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição**. Brasília-DF: 2009. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.Php>. Acesso em: 24 abr. 2022.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

COREN. **Manual de normas e rotinas**. São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/NormaseRotinas02102015.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2022.

EBSERH. **POP – Procedimentos Operacionais Padrão**, 2019. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-08/NO\\_45\\_MONITORIZACAO\\_DA\\_OXIMETRIA\\_DE\\_PULSO\\_NA\\_APS\\_V1.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-08/NO_45_MONITORIZACAO_DA_OXIMETRIA_DE_PULSO_NA_APS_V1.pdf). Acesso em: 24 abr. 2022.

POP Nº 3.2

# AFERIÇÃO DE PESO NO ADULTO

## O QUE REALIZAR

Medida do peso corporal do adulto

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVO

- Avaliar a evolução ponderal do indivíduo adulto.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Balança mecânica ou digital;
- Papel toalha.

## PROCEDIMENTO

- Chamar o paciente pelo nome e explicar o procedimento que será realizado;
- Higienizar as mãos;
- Verificar as condições da balança destravá-la, tarar e travá-la (mecânica), verificar a tara;
- Solicitar ao paciente que fique com a menor quantidade possível de roupas;
- Solicitar ao paciente para subir na balança após retirar os calçados;
- Verificar se o paciente está em posição ereta, com o peso distribuído em ambos os pés
- Realizar a medição;
- Ler o valor obtido do peso;
- Travar a balança, evitando assim a descalibração;

- Ajudar o paciente a descer com segurança da balança;
- Higienizar as mãos;
- Realizar a anotação do valor obtido no prontuário ou formulário padronizado pelo serviço.

## OBSERVAÇÕES

Aferir periodicamente a balança;

## CALIBRAGEM

- A agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal. Caso não esteja, girar lentamente o calibrador, observando a nivelção da agulha;
- Certificar que a balança esteja apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Nº 3.3

# AFERIÇÃO DA ESTATURA EM ADULTO

## O QUE REALIZAR

Aferição da altura corporal em adultos

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Avaliar a evolução estatural do indivíduo adulto
- Fornecer parâmetros para avaliação do estado nutricional, condições de saúde e crescimento do paciente.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Balança antropométrica ou antropômetro de parede;

## PROCEDIMENTO

- Realizar higienização das mãos;
- Identificar o paciente chamando-o pelo nome;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante / e ou responsável quanto ao procedimento a ser executado;
- Conduzir o paciente até a régua antropométrica ou antropômetro de parede;
- Orientar o paciente para retirar chapéu, acessórios para o cabelo e os sapatos;
- Auxiliar o paciente a subir na balança com os pés descalços;
- Posicionar o paciente de costa para a régua, colocando calcanhares, nádegas e ombros do paciente em contato com a parede ou com a barra de medição da balança, com a cabeça alinhada ao corpo, olhando para frente e mantendo os joelhos juntos;

- Deslocar a parte móvel da régua até o ápice da cabeça, fixando-a com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Solicitar que o paciente inspire.
- Proceder à leitura;
- Voltar à régua a posição inicial;
- Auxiliar o paciente a descer da balança;
- Realizar a anotação do valor obtido no prontuário ou formulário padronizado pelo serviço;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOWDEN, V. R. **Procedimentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a Coleta e Análise de dados Antropométricos em Serviços de Saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**, Brasília-DF, 2011. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/>. Acesso em: 02 maio 2022.

SILVA, R. C. L. **Semiologia em enfermagem**. São Paulo: Rocca, 2011.

POP Nº 3.4

# ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO/ INALAÇÃO

## O QUE REALIZAR

Nebulização/inalação

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

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

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

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

## PROCEDIMENTO

- Observar durante o procedimento, o padrão e esforço respiratório, frequência respiratória e cardíaca, ausculta pulmonar e oximetria e quando identificar alterações, solicitar avaliação médica.

- Atentar para complicações como: intoxicação por concentrações altas de oxigênio; sensação de sufocamento; efeitos colaterais com beta2-adrenérgicos (tremores, taquicardia e palpitações).
- Em casos de insuficiência respiratória, deve-se deixar o carro de emergência preparado e próximo.
- O material de nebulização deverá ser lavado conforme POP Lavagem de Materiais para Vias Aéreas.
- Após a nebulização é importante estimular a tosse e exercícios de respiração profunda, para favorecer a eliminação de secreções.
- Observar e anotar os sinais vitais, nível de consciência e oximetria- no prontuário do paciente.
- Manter os kits de nebulização (máscara, câmara de nebulização/ copo e extensor) dentro de um saco plástico com identificação da data. Os líquidos usados na nebulização/inalação deverão ser estéreis.
- Verificar prescrição médica;
- Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a forma de administração (9 certos);
- Rever as informações pertinentes à medicação como sua ação, efeito, dose, efeitos colaterais e implicações para a enfermagem;
- Avaliar o histórico de saúde e de alergias medicamentosas e alimentares do paciente - listar de forma extremamente clara no prontuário do paciente caso haja algum relato;
- Avaliar o conhecimento do paciente em relação à saúde e ao uso do medicamento e explicar a finalidade do medicamento e sua ação além esclarecer as dúvidas que surgirem;
- Higienizar as mãos;
- Selecionar o medicamento do estoque - verificar rótulo, dose e data de validade;
- Colocar o SF0,9% e a medicação no reservatório do inalador conforme prescrição;
- Montar o sistema e conectar o inalador à rede de oxigênio ou no inalador através do fluxômetro. Como regra geral, se a saturação for menor que 92%, usar oxigênio e, se for maior que 92%, poderá ser usado o inalador;
- Regular o fluxo verificando se há saída de névoa do inalador;

- Colocar a máscara sobre a face do paciente orientando-o a inspirar lenta e profundamente pelo nariz e expirar de forma mais prolongada pela boca semiaberta;
- Deixar o paciente confortável;
- Continuar observando o padrão, esforço respiratório e Frequência respiratória;
- Disponibilizar para o paciente papel toalha e estimular a tosse para eliminar secreções;
- Desligar o fluxômetro e finalizar a inalação após término de saída da névoa sob a máscara inalatória;
- Recolher os materiais utilizados e descartá-los para limpeza e armazenamento;
- Higienizar as mãos;
- Checar os procedimentos e realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente e sistema de informação vigente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de Enfermagem: introdução ao Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1989.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Nº 3.5

# RETIRADA DE PONTOS

## O QUE REALIZAR

Retirada de pontos

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Retirar os pontos cirúrgicos minimizando os riscos de infecção, proporcionando um melhor processo de cicatrização da ferida.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Tesoura Íris/lâmina de bisturi nº 16
- Gazes (estérel)
- Pinça Kelly ou anatômica ou dente de rato ou Kocker (pacote de retirada de pontos)
- Luvas de Procedimento
- Solução Fisiológica 0,9%

## PROCEDIMENTO

- Antes de realizar a retirada dos pontos, verificar a data da realização da sutura e checar com o usuário a prescrição médica do procedimento. Nos casos em que houver sinais flogísticos, comunicar o enfermeiro e/ou médico da unidade para avaliação.
- Avaliar e realizar curativo oclusivo se presença de sangramento, secreções ou deiscência.
- Orientar o usuário sobre o procedimento;
- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Preparar o material;
- Abrir pacote de retirada de pontos e pacote de gases usando técnica asséptica;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Expor a área garantindo privacidade ao usuário;
- Realizar antisepsia do local de retirada dos pontos com gaze e SF 0,9%, promovendo a limpeza do local, a partir da área menos contaminada para a mais contaminada (Se a ferida estiver limpa, deverá ser iniciada a limpeza no sentido de dentro para fora);
- Segurar com a mão dominante o ponto cirúrgico cortando-o com a mão não dominante;
- Tracionar o ponto pelo nó com auxílio da pinça e cortá-lo com a tesoura em um dos lados próximos à pele;
- Colocar os pontos, já cortados, sobre uma gaze e desprezá-los em saco de lixo branco;
- Desprezar o material utilizado em local apropriado;
- Retirar EPI e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento realizado em prontuário (se impresso, colocar data e horário, assinatura e carimbo do profissional). Anotar as características, local, aspecto da lesão, material utilizado, orientações ao usuário, intercorrências se houver e providências adotadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 0514/2016, de 5 de maio de 2016. Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do usuário, com a finalidade de nortear os profissionais de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016\\_41295.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html). Acesso em: 02 maio 2022.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão POPs**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 523p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiEpP08773AhW-6s5UCHdmCDmYQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ribeiraopreto.sp.gov.br%2Ffiles%2Fssaude%2Fpdf%2Fmpop.pdf&usq=A0vVaw2qFL003kHU5RqUVaUF1dJ3>. Acesso em: 01 maio 2022.

POP Nº 3.6

# MENSURAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR

## O QUE REALIZAR

Mensuração de glicemia capilar

## FREQUÊNCIA

- Em atendimento aos portadores de diabetes mellitus (preferencialmente em jejum) e em caso de intercorrências, a critério médico ou de enfermagem.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

Obter amostra de sangue capilar para a mensuração dos níveis de glicose sanguíneos através do uso de glicosímetro.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja S/N
- Gaze ou algodão
- Álcool a 70%
- Lanceta ou agulha 13X4,5
- Glicosímetro
- Fitas reagentes para glicose, específicas e calibradas ao aparelho utilizado no momento
- Luvas de procedimento
- Recipiente para descarte de material perfuro cortante

## PROCEDIMENTO

### LOCAL DA PUNÇÃO

- Punção digital PREFERENCIALMENTE nas laterais dos dedos - alternativamente podendo ser coletado no antebraço, palma da mão e panturrilha que deverão ser utilizadas SOMENTE em horários pré-prandiais.
- Higiene do local deverá ser feita com álcool 70% ou água e sabão.

- Verificar se existe risco para perfuração da pele em usuários com baixa contagem de plaquetas, em terapia anticoagulante e distúrbios hemorrágicos;
- Avaliar as condições alimentares do usuário (jejum, alimentado), medicamentos e insulina em uso.
- Acolher o usuário;
- Realizar higiene das mãos (ver POP 2.1);
- Reunir o material necessário e certificar-se de que a fita reagente está na validade;
- Avaliar a área da pele que será usada como local de punção;
- Orientar o usuário sobre o procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Ligar o aparelho e observar a compatibilidade da fita reagente com o número do código, conforme orientação do fabricante do glicosímetro;
- Posicionar a fita reagente, conforme orientação do fabricante;
- Fazer uma leve pressão na ponta do dedo escolhido de modo a favorecer o seu enchimento capilar;
- Com a outra mão limpar a área com algodão embebido em álcool a 70%, aguardar secagem natural (deixá-lo secar completamente);
- Com a lanceta ou agulha estéril, em posição perpendicular ao local, fazer uma punção na ponta do dedo escolhido, preferencialmente na lateral do dedo, onde a dor é minimizada;
- Pressionar levemente o dedo e obter uma gota suficiente para preencher o campo reagente;
- Pressionar o local da punção com algodão seco até hemostasia e avaliar novamente o local;
- Atentar para usuários em uso de anticoagulantes;
- Informar o resultado obtido ao usuário;
- Desprezar a fita reagente e a lanceta na caixa específica para material perfuro cortante;
- Limpar o glicosímetro com algodão embebido em produto padronizado pela CCI e guardá-lo;
- Retirar as luvas;
- Lavar a bandeja com água e sabão, secar com papel toalha;
- Realizar a higienização das mãos (POP 2.1);
- Registrar o valor obtido no prontuário do usuário ou na ficha de controle de glicemia;

- Registrar o procedimento.

### APÓS A COLETA

- Se o usuário apresentar nível glicêmico abaixo de 70 mg/dL comunicar o médico ou adotar o esquema protocolado para correção da glicemia;
- Registrar
- Data e hora da realização do exame;
- Aspecto da polpa digital;
- Desconforto decorrente da perfuração necessária para obter a gota de sangue;
- Local da punção;
- Valores da glicemia capilar (Mg/dl);
- Intercorrências e providências adotadas;
- Orientações efetuadas;
- Nome completo e Conselho do responsável pelo procedimento.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. Parecer COREN-SP CAT nº 002/2010, de 28 de janeiro de 2010.

**Antissepsia da pele com álcool 70% e a realização do teste de glicemia capilar.** Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiOOeuZ58H3AhVpELkGHSS8B4MQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fportal.coren-sp.gov.br%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2013%2F08%2Fparecer\\_coren\\_sp\\_2010\\_2\\_0.pdf&usg=AOvVaw3BnWEXIfU3TtUIkyTUU9a5](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiOOeuZ58H3AhVpELkGHSS8B4MQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fportal.coren-sp.gov.br%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2013%2F08%2Fparecer_coren_sp_2010_2_0.pdf&usg=AOvVaw3BnWEXIfU3TtUIkyTUU9a5). Acesso em: 19 maio 2019.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão POPs**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 523p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiEpP08773AhW6s5UCHd-mCDmYQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ribeiraopreto.sp.gov.br%2Ffiles%2Fssaude%2Fpdf%2Fmpop.pdf&usg=AOvVaw-2qFL003kHU5RqUVaUF1dJ3>. Acesso em: 01 maio 2022.

POP Nº 3.7

# ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

## O QUE REALIZAR

Administração de medicamento via oral

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário (Sob prescrição)

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

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

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Copo (descartável e ou graduado)
- Água
- Palito/colher para misturar (se necessário)
- Colher e/ou conta-gotas para administrar (se necessário)
- Medicamento prescrito
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico ou impresso)

## PROCEDIMENTO

### RECOMENDAÇÕES

- Certificar-se antes de administrar o medicamento, se existe impedimento como alergia, jejum, problema de deglutição, estado de consciência, gravidez, hepatopatia e nefropatia, entre outros.

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

### **CONFERIR OS NOVE CERTOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

- Paciente certo;
- Medicamento certo;
- Dose certa;
- Hora certa;
- Via certa;
- Registro certo;
- Orientação certa;
- Forma certa;
- Resposta certa;
- Higienizar as mãos antes e depois de administrar o medicamento.

### **ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO**

- Reunir o material a ser utilizado na bandeja, colocando o copo descartável contendo o medicamento com a identificação;
- Evitar o contato dos dedos diretamente com a medicação;
- Deixar para retirar o invólucro do medicamento (no caso de comprimidos, cápsulas, drágeas, pó) diante do usuário;
- Preparar o medicamento na apresentação de gotas, xaropes e suspensão ao nível dos olhos fazendo exatamente a medida prescrita. Ler cuidadosamente o rótulo do frasco antes de prepará-lo;
- Observar que alguns comprimidos são sulcados (possuem uma linha dividindo-o), de modo que possam ser partidos;
- Identificar o grau de dependência do usuário (verificar condições clínicas para prevenção de complicações e administração do medicamento adequado, principalmente nível de consciência, reflexo de deglutição, presença de náuseas, vômitos e sinais vitais);

## NO MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO

- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Reunir o material necessário;
- Conferir os 9 certos;
- Explicar ao usuário e ao cuidador/familiar o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Posicionar o usuário com a cabeça elevada, em uma posição favorável à deglutição;
- Oferecer a medicação ao usuário;
- Oferecer água até a completa deglutição do medicamento;
- Permanecer ao lado do usuário até que o medicamento seja deglutido;
- Certificar se o usuário deglutiu os medicamentos;
- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento em prontuário.

## OBSERVAÇÃO

- Em se tratando do auxiliar/técnico de enfermagem comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a vômitos, recusa, reações, dificuldade de deglutição, etc.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-dopaciente>. Acesso em: 25 mar. 2021.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

COFEN-DF. Conselho Federal de Enfermagem do Distrito Federal. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 02 maio 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Uso-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf.z> Acesso em: 25 mar. 2021.

POP Nº 3.8

# ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADÉRMICA

## O QUE REALIZAR

Administração de medicamentos por via intradérmica

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário (Sob prescrição)

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Administrar medicamentos pela via intradérmica.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa 1 ml;
- Agulha hipodérmica (13x0,45mm / 8x0,30mm)
- Luvas de procedimento;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito);
- Recipiente para descarte de material perfuro-cortante;

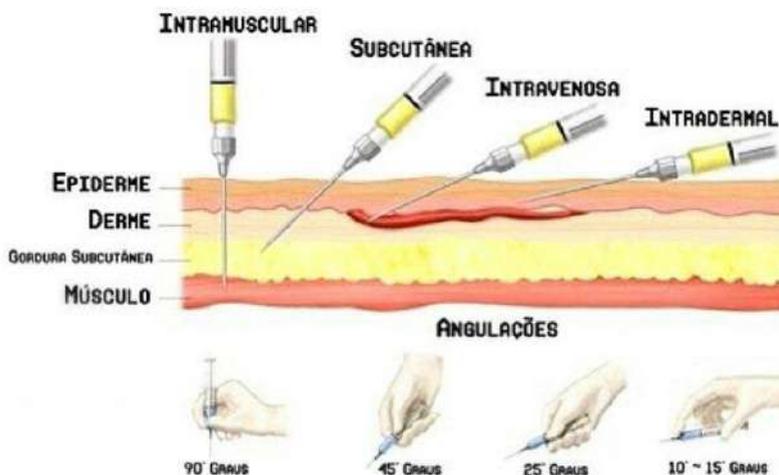
## PROCEDIMENTO

- Indicação: provas de PPD, testes de hipersensibilidade e alergia, além da aplicação da vacina BCG;
- Locais de aplicação: face anterior do antebraço e região subescapular, inserção inferior do músculo deltoide (Figura 2);

- A área de aplicação mais utilizada é a face ventral do antebraço, porém podem ser utilizadas as áreas escapulares. A região de inserção do deltoide direito é padronizada como área de aplicação da vacina BCG.
- O volume máximo para aplicação pela via ID é de 0,5ml.
- Não é recomendado realizar antisepsia com álcool a 70%. Pode-se fazer uma higienização com água e sabonete neutro, da região, se necessário. Este procedimento é abolido para evitar possíveis reações alérgicas entre os antissépticos utilizados e o produto injetado, assim como o mascaramento da reação esperada nos testes de sensibilidade.
- Não é necessário realizar aspiração, pois, na derme, não há riscos de se atingir algum vaso.
- Não é necessária a troca de agulhas no momento da aplicação.
- Para administração de imunobiológicos seguir orientações do protocolo do Programa de Imunização (POP XX).
- Para realização de PPD seguir POP específico.

**Figura 1** – Ângulos para aplicação de medicações parenteral.

## Tipos de Injeção



Fonte: Google Imagens

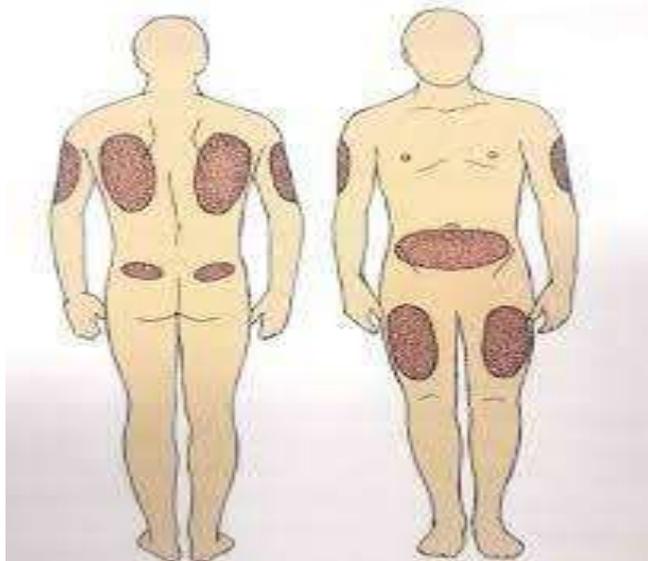
## ORIENTAÇÕES

Conferir os nove certos na administração de medicamentos

Paciente certo;

- Medicamento certo;
- Dose certa;
- Hora certa;
- Via certa;
- Registro certo;
- Orientação certa;
- Forma certa;
- Resposta certa;
- Higienizar as mãos antes e depois de administrar o medicamento.

**Figura 2** – Locais de aplicação intradérmica.



Fonte: Google Imagens

## PROCEDIMENTOS

### ANTES DA ADMINISTRAÇÃO

- Higienizar com álcool a 70% o local ou bandeja onde será preparada o medicamento;

- Selecionar o medicamento do estoque - verificar rótulo, dose e data de validade;
- Preparar o material necessário;
- Verificar os nove certos (paciente, medicação, dose, via, horário, tempo, validade, abordagem e registro);
- Realizar a assepsia de frascos e/ou ampolas com álcool a 70%
- Aspirar o conteúdo da ampola/frasco conforme a prescrição com o cuidado de não contaminar a agulha;
- Organizar a área de trabalho - descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas.

### **NO MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO**

- Acolher o usuário;
- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Reunir o material necessário;
- Conferir os 9 certos;
- Explicar ao usuário e ao cuidador/familiar o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Garantir a privacidade do usuário durante o procedimento;
- Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento, expondo a área a ser puncionada;
- Solicitar ao usuário que estenda o cotovelo e apoie o antebraço sobre uma superfície plana;
- Delimitar o local de acordo com o a finalidade do procedimento: três a quatro centímetros abaixo da fossa antecubital e um palmo acima do punho (terço médio da face anterior do antebraço) para testes de sensibilidade, processo de dessensibilização e teste tuberculínico;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Expor a área de aplicação e delimite o local;
- Realizar antisepsia do local com água e sabão, se necessário;
- Distender a pele do local de aplicação, com ajuda dos dedos polegar e indicador;
- Introduzir 1/3 da agulha na pele, com bisel voltado para cima, em ângulo de 15°, quase paralelamente à pele. Não

é necessário aspirar após a introdução da agulha, devido às condições anatômicas da derme, relacionada a vasos e nervos;

- Injetar lentamente até formar uma pequena pápula logo abaixo da pele;
- Retirar a agulha em movimento rápido e único;
- Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

## APÓS A ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Observar o usuário por alguns minutos após a aplicação quando o teste for de sensibilidade. Em clientes hipersensíveis aos antígenos utilizados em teste alérgico pode-se desenvolver uma reação anafilática grave, o que requer procedimentos emergenciais de reanimação;
- Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isto pode causar irritação no tecido subjacente, podendo comprometer o efeito dos testes alérgicos;
- Reações adversas: dor, prurido, desconforto, ulceração por introdução de droga inadequada, lesão da derme por rapidez de aplicação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopacien>

te/index.php/publicações/item/identificacao-do-paciente. Acesso em: 25 mar. 2021.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

COREN-DF. Conselho Federal de Enfermagem do Distrito Federal. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 02 maio 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Uso-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf.z>. Acesso em: 25 mar. 2021.

POP Nº 3.9

# ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTÂNEA

## O QUE REALIZAR

Administração de medicamentos por via subcutânea

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário (Sob prescrição)

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Administrar medicamentos pela via subcutânea.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa 1 ml;
- Agulha para aspiração (30x0,8 / 25x0,8mm);
- Agulha para administração da medicação (13x0,45mm);
- Luvas de procedimento;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito);
- Recipiente para descarte de material perfurocortante.

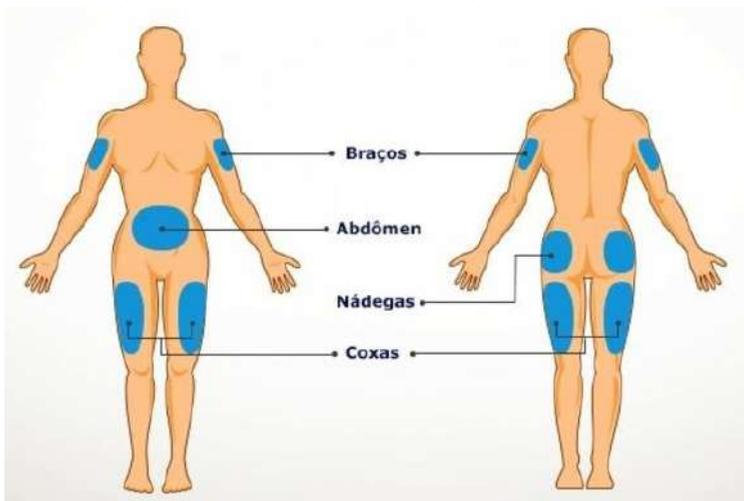
## PROCEDIMENTO

### RECOMENDAÇÕES

- Indicação: administração de substâncias de fácil absorção, e não irritantes ao tecido. Ex. adrenalina, insulina, vacinas, hormônios, etc.

- Avaliar o histórico de saúde e de alergias medicamentosas e alimentares do usuário - listar de forma clara no prontuário do usuário caso haja algum relato;
- Locais apropriados para punção: face externa e posterior do braço, abdome, face lateral da coxa, região infra escapular (Figura 3);
- A medicação subcutânea deve ser feita longe de áreas vermelhas, cicatrizes, inflamações, hérnias, feridas cirúrgicas ou feridas de pele (escoriações);
- O volume máximo recomendado do medicamento que pode ser administrado por essa técnica é de 1 ml (em indivíduos adultos);
- Em crianças ou adultos magros (ângulo 45°); demais (90°);

**Figura 3**– Locais de administração subcutânea.



**Fonte:** <https://www.tuasaude.com/como-aplicar-insulina/>

## ORIENTAÇÕES

Conferir os nove certos na administração de medicamentos

Paciente certo;

- Medicamento certo;
- Dose certa;
- Hora certa;
- Via certa;

- Registro certo;
- Orientação certa;
- Forma certa;
- Resposta certa;
- Higienizar as mãos antes e depois de administrar o medicamento.

## PROCEDIMENTOS

### ANTES DA ADMINISTRAÇÃO

- Higienizar com álcool a 70% o local ou bandeja onde será preparado o medicamento;
- Selecionar o medicamento do estoque - verificar rótulo, dose e data de validade;
- Preparar o material necessário;
- Verificar os nove certos (paciente, medicação, dose, via, horário, tempo, validade, abordagem e registro);
- Realizar a desinfecção de frascos e/ou ampolas com álcool a 70%;
- Aspirar o conteúdo da ampola/frasco conforme a prescrição com o cuidado de não contaminar a agulha;
- Trocar a agulha por uma nova no momento da administração do medicamento;
- Organizar a área de trabalho - descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas.

### NO MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Acolher o usuário;
- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Reunir o material necessário;
- Conferir os 9 certos;
- Explicar ao usuário e ao cuidador/familiar o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Garantir a privacidade do usuário durante o procedimento;
- Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento, expondo a área de aplicação;

- Fazer antissepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimentos circulares, do centro para as extremidades;
- Pinçar o local selecionado com os dedos indicados e polegar da mão oposta à que segura a seringa;
- Introduzir a agulha em ângulo de 90° na pele com a mão dominante e não tracionar o êmbolo da seringa;
- Aspirar antes de injetar o medicamento, para certificar-se que nenhum vaso sanguíneo foi atingido;
- Injetar o medicamento de forma lenta e contínua;
- Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;
- Aplicar um algodão ou gaze no local da aplicação sem massagear;
- Observar reação no local;
- Reposicionar o paciente;
- Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.
- Monitorar o local da punção quanto a: sinais de irritação local; sinais flogísticos (edema, calor, rubor e dor); endurecimento; hematoma; necrose do tecido (complicação tardia)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicações/item/identificacao-dopaciente>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013.

Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopacien te/index.php/publicações/item/identificacao-do-paciente>. Acesso em: 25 mar. 2021.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

COREN-DF. Conselho Federal de Enfermagem do Distrito Federal. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 02 maio 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Uso-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf.z> Acesso em: 25 mar. 2021.

POP Nº 3.10

# ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR

## O QUE REALIZAR

Administração de medicamentos por via intramuscular

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário (Sob prescrição)

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVO

- Administrar medicamentos pela via intramuscular.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

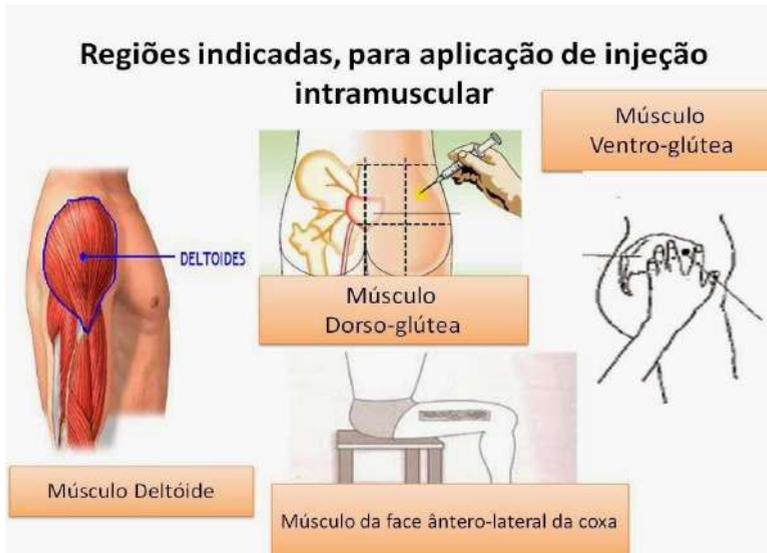
## MATERIAL NECESSÁRIO

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa de 3 ou 5mL;
- Agulha para aspiração (40x1,2 / 30x0,8 / 25x0,8mm);
- Agulha para aplicação (30x0,8 / 30x0,7 / 25x0,7 / 25x0,6 / 20x0,55mm);
- Luvas de procedimento;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito);
- Recipiente para descarte de material perfurocortante.

## PROCEDIMENTO

### RECOMENDAÇÕES

- Indicação: medicação irritante para outras vias, obtenção de efeito mais rápido, administrar drogas de difícil absorção;
- Locais de aplicação: região dorsoglútea, ventroglútea, vasto anterolateral da coxa, deltóide (Figura 4);

**Figura 4** – Locais de administração intramuscular.

**Fonte:** <https://www.portalenf.com/2015/10/administracao-de-medicamentos-por-via-intramuscular-tutorial/>

- A administração de medicamento IM de maneira segura, depende da avaliação adequada da musculatura considerando a característica e irritabilidade da droga, volume compatível com o tamanho da musculatura escolhida, distância em relação a vasos e nervos importantes, espessura do tecido adiposo e depositar o medicamento na musculatura profunda;
- A agulha deve ser sempre introduzida em posição perpendicular à pele, ou seja, em um ângulo de 90°;
- O bisel da agulha deve ser posicionado de forma LATERAL, minimizando as agressões às fibras musculares, minimizando a dor durante o procedimento e as complicações;
- Injeções de mais de 3 ml não devem ser aplicadas no deltóide. Nos casos de anti-inflamatório, administrar preferencialmente na região glútea;
- O volume máximo para injeção IM é de 5 ml. Volume acima de 5 ml, fracionar e aplicar em locais diferentes.

**Quadro 1** – Músculos indicados para a injeção IM e respectivos volumes máximos.

Região	Localização
Glúteo: região dorso glútea	Quadrante superior lateral (até 5ml)
Vasto lateral	No terço médio (até 4ml)
Glúteo: região ventro-glútea	Hochestetter (até 4ml) – aplicado no centro do V formado pelos seguintes vértices: palma da mão na porção do trocânter maior, o dedo indicador na espinha íliaca anterossuperior e o dedo médio estendendo-se até a crista íliaca
Deltóide	Aproximadamente 4 cm abaixo do acrômio, considerando o ventre muscular do deltóide (até 2ml)

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Conferir os nove certos na administração de medicamentos

Paciente certo;

- Medicamento certo;
- Dose certa;
- Hora certa;
- Via certa;
- Registro certo;
- Orientação certa;
- Forma certa;
- Resposta certa;
- Higienizar as mãos antes e depois de administrar o medicamento.

## PROCEDIMENTOS

### ANTES DA ADMINISTRAÇÃO

- Higienizar com álcool a 70% o local ou bandeja onde será preparado o medicamento;
- Selecionar o medicamento do estoque - verificar rótulo, dose e data de validade;
- Preparar o material necessário
- Verificar os nove certos (paciente, medicação, dose, via, horário, tempo, validade, abordagem e registro);
- Preparar a medicação a ser administrada, seguindo as instruções do fabricante;

- Realizar a desinfecção de frascos e/ou ampolas com álcool a 70%;
- Aspirar o conteúdo da ampola/frasco conforme a prescrição com o cuidado de não contaminar a agulha;
- Trocar a agulha por outra específica para via IM;
- Organizar a área de trabalho - descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas;

### **NO MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO**

- Acolher o usuário;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos (POP 2.1)
- Calçar as luvas de procedimento (POP 2.2);
- Garantir a privacidade do usuário durante o procedimento;
- Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento;
- Orientar o usuário para manter posição que auxilie o relaxamento do músculo onde será feita a injeção, evitando extravasamento e minimizando a dor;
- Expor a área de aplicação e delimite o local de aplicação;
- Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool a 70%, com movimentos circulares, do centro para as extremidades, aguardar secagem;
- Posicionar a seringa a 90° introduzindo agulha, com bisel lateralizado;
- Aspirar suavemente o êmbolo com a mão livre e observar a presença de sangue. Caso houver, retirar a seringa com agulha e reiniciar o procedimento;
- Injetar o medicamento, empurrando o êmbolo lentamente, com mão oposta à que segura a seringa;
- Retirar conjunto de seringa com agulha em movimento único, rápido e firme;
- Comprimir levemente o local da aplicação com algodão seco, sem massagear;
- Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;

- Registrar o procedimento em prontuário.
- Monitorar o local da punção quanto a: sinais de irritação local; sinais flogísticos (edema, calor, rubor e dor); endurecimento; hematoma; necrose do tecido (complicação tardia)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicações/item/identificacao-do-paciente>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicações/item/identificacao-do-paciente>. Acesso em: 25 mar. 2021.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

COREN-DF. Conselho Federal de Enfermagem do Distrito Federal. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 02 maio 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Uso-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf.z>. Acesso em: 25 mar. 2021.

POP Nº 3.10.1

# PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DA PENICILINA

## O QUE REALIZAR

Preparo e administração de penicilina benzatina

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário (Sob prescrição)

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Estabelecer rotina para a administração da penicilina, com a finalidade principal de orientar o tratamento correto da sífilis nas unidades básicas de saúde, contribuindo de forma efetiva para o controle da doença, particularmente na prevenção da sífilis congênita.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Água destilada
- Seringa de 3 ml e 10 ml e de 5 ml para aspiração
- Agulha 30 x 7 (para diluição)
- Agulha 40 x 12 (para aspirar)
- Agulha para aplicação: no adulto utilizar agulha 30x8; para a criança utilizar agulha 25x7 e para neonatos utilizar seringa de 1 ml e agulha 13x4,5
- Algodão
- Álcool a 70%
- Luvas de procedimento
- Bandeja
- Coletor de material perfurocortante

## PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Reunir o material necessário;
- Conferir os 9 certos
- Paciente certo;
  - ✓ Medicamento certo;
  - ✓ Dose certa;
  - ✓ Hora certa;
  - ✓ Via certa;
  - ✓ Registro certo;
  - ✓ Orientação certa;
  - ✓ Forma certa;
  - ✓ Resposta certa;
- Explicar ao usuário e ao cuidador/familiar o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;
- Calçar as luvas de procedimento e outros EPIs, quando necessário;
- Abrir cuidadosamente a embalagem da seringa, na direção do êmbolo para o canhão ou para a ponta da agulha, evitando a contaminação;
- Realizar a assepsia do frasco-ampola com algodão e álcool a 70%;
- Preparar o medicamento mediante reconstituição com água destilada;
- Aspirar o medicamento reconstituído com agulha 40 x 12 e seringa de 5ml;
- Explicar à/ao cliente ou acompanhante sobre o procedimento a ser realizado, importância e objetivos, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- Escolher o músculo para administração (a penicilina deve ser administrada exclusivamente por via intramuscular profunda, evitando-se a proximidade de artérias e nervos. Recomenda-se injeção intramuscular profunda no quadrante superior lateral do glúteo; em lactentes e crianças pequenas, recomenda-se a administração no músculo vasto-lateral da coxa);
- Fazer antissepsia da pele, usando algodão com álcool a 70% (a limpeza da pele deve ser feita com movimentos circulares,

do centro para as extremidades, aguardar secagem natural antes de fazer o procedimento);

- Posicionar a seringa a 90° introduzindo agulha, com bisel lateralizado;
- Aspirar suavemente o êmbolo com a mão livre e observar a presença de sangue. Caso houver, retirar a seringa com agulha e reiniciar o procedimento;
- Injetar a medicação lentamente (interromper a administração se o paciente tiver manifestações de dor intensa no local ou se, especialmente em crianças, ocorrer sinais e sintomas que sugiram dor intensa);
- Retirar a agulha com um único movimento, rápido e firme;
- Comprimir levemente o local da aplicação com algodão seco, sem massagear;
- Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- Retirar as luvas e outros EPIs utilizados;
- Higienizar as mãos;
- Fazer o registro do procedimento no PEC.

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- A benzilpenicilina benzatina é um antibiótico de ação bactericida destinado ao tratamento de infecções causadas por germes sensíveis à penicilina G, elevada atividade *in vitro* contra estafilococos (exceto as cepas produtoras de com enicilinase), estreptococos (grupos A, C, G, H, L e M) e pneumococos.
- A benzilpenicilina (penicilina G) exerce ação bactericida durante o estágio de multiplicação ativa dos microrganismos sensíveis. Atua por inibição da biossíntese do mucopeptídeo da parede celular. Não é ativa contra bactérias produtoras de penicilinase, as quais incluem muitas cepas de estafilococos.
- É o tratamento de primeira escolha para a sífilis dos casos diagnosticados em gestantes e seus parceiros, bem como nos recém-nascidos cujas mães não foram tratadas ou foram inadequadamente tratadas.
- Sua segurança e eficácia para tratamento da sífilis em gestantes foi ratificada pelo "Relatório de Recomendação sobre a Penicilina Benzatina para Prevenção de Sífilis Congênita durante

a gravidez", publicado pela CONITEC do Ministério da Saúde, em maio de 2015.

- A administração da penicilina unidade básica no âmbito do SUS está regulamentada pela Portaria nº 3.161, de 27/12/2011.
- A Nota Técnica do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 3, de 14/6/2017, reafirma o compromisso dos profissionais de enfermagem com a administração da penicilina no âmbito das unidades básicas de saúde, conforme protocolos estabelecidos por cada município.
- A ocorrência de reações alérgicas é estimada em 2% por curso de tratamento e as reações anafiláticas ocorrem apenas 0,01% a 0,05%.
- A penicilina NÃO deve ser administrada em pessoa com história com hipersensibilidade às penicilinas e às cefalosporinas e antecedentes de quaisquer manifestações em relação ao produto.
- Deve-se usar penicilina cautelosamente em indivíduos com história de alergia intensa e/ou asma.
- Coletar junto à/ao cliente dados sobre a história prévia de reações alérgica ou de hipersensibilidade a algum antibiótico e à penicilina especificamente.
- Após a aplicação, o cliente deve ficar em observação por 30 minutos, solicitando informar sobre qualquer desconforto nesse período.
- As reações anafiláticas possuem manifestações clínicas mistas, incluindo uma série de sinais e sintomas, entre eles
  - Sintomas respiratórios (dispneia, edema laríngeo, broncoespasmo). Sintomas cardiovasculares (hipotensão, tontura, arritmias).
  - Sintomas dermatológicos (urticária, prurido, angioedema).
  - Sintomas gastrointestinais (vômito, náusea, cólica, dor abdominal).
- Os sintomas variam de leves a graves, podem evoluir rapidamente para quadros muito graves e, se não tratados velozmente, podem evoluir para a morte.
- Em caso de reação alérgica, a aplicação deverá ser interrompida, e o paciente receber tratamento adequado.

- O tratamento deve ser iniciado imediatamente, não havendo necessidade de aguardar a confirmação diagnóstica para seu início.
- **A reação anafilática é sempre uma condição de absoluta emergência e o Serviço Móvel de Urgência deve ser acionado imediatamente.**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAGOAS. Prefeitura Municipal de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Atenção Primária. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem para as Unidades de Saúde da Atenção Básica**. Maceió/AL, 2018. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/pdf/2018/11/MANUAL-POP-VERS%C3%83O-13-de-agosto.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-do-paciente>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3161 de 27 de dezembro 2011, dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasil-DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161\\_27\\_12\\_2011](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011). Html. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil**. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina\\_para\\_prevencao\\_sifilis\\_congenita%20brasil.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/penicilina_para_prevencao_sifilis_congenita%20brasil.pdf). Acesso em: 02 maio 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Nota Técnica nº 3, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (14 junho 2017). Esclarecimento aos profissionais de enfermagem sobre a importância da administração da penicilina benzatina nas unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2017/06/cofen-nota-tecnica-penicilina-2017.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

COREN-DF. Conselho Federal de Enfermagem do Distrito Federal. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 02 maio 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Uso-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

FURP. Fundação para o Remédio Popular. **Benzilpenicilina benzatina**. Disponível em: [http://www.furp.sp.gov.br/arquivos/produtos/bulas/profissional/3/FURP-BENZILPENICILINA%20BENZATINA\\_BPROF\\_REV01.pdf](http://www.furp.sp.gov.br/arquivos/produtos/bulas/profissional/3/FURP-BENZILPENICILINA%20BENZATINA_BPROF_REV01.pdf). Acesso em: 02 maio 2022.

POP Nº 3.11

# ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA

## O QUE REALIZAR

Administração de medicamentos por via endovenosa

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário (Sob prescrição)

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVO

- Administrar medicamentos pela via endovenosa para obter efeito sistêmico.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

### MATERIAIS NECESSÁRIOS E AMBIÊNCIA

- Gaze ou algodão;
- Álcool a 70%;
- Seringa 10 ml;
- Agulha para preparo do medicamento (40 mm x 12 mm);
- Agulha para administração da medicação (25mm x 0,7mm Ou 30mm x 0,7mm);
- Medicamento prescrito;
- Diluente do medicamento (se necessário);
- Luvas de procedimento;
- Garrote;
- Esparadrapo/micropore/adesivo hipoalergênico;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico, impresso ou manuscrito);
- Recipiente para descarte de material perfurocortante.

## PROCEDIMENTO

### RECOMENDAÇÕES

Existem três métodos básicos de administração intravenosa: infusões contínuas, infusões intermitentes e infusões por *bolus*.

## ORIENTAÇÕES GERAIS

Conferir os nove certos na administração de medicamentos

Paciente certo;

- Medicamento certo;
- Dose certa;
- Hora certa;
- Via certa;
- Registro certo;
- Orientação certa;
- Forma certa;
- Resposta certa;
- Higienizar as mãos antes e depois de administrar o medicamento.

## PROCEDIMENTOS

### ANTES DA ADMINISTRAÇÃO

- Higienizar com álcool a 70% o local ou bandeja onde será preparada o medicamento;
- Selecionar o medicamento do estoque verificar rótulo, dose e data de validade;
- Preparar o material necessário;
- Verificar os nove certos (paciente, medicação, dose, via, horário, tempo, validade, abordagem e registro);
- Preparar a medicação a ser administrada, seguindo as instruções do fabricante;
- Realizar a desinfecção de frascos e/ou ampolas com álcool a 70%;
- Aspirar o conteúdo da ampola/frasco conforme a prescrição com o cuidado de não contaminar a agulha;
- Trocar a agulha por outra específica para via endovenosa;

- Organizar a área de trabalho descartar em local apropriado as ampolas, frascos e agulhas utilizadas.

## **NO MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO**

- Acolher o usuário;
- Explicar o procedimento;
- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Garantir a privacidade do usuário durante o procedimento;
- Colocar o usuário na posição mais adequada ao procedimento, expondo a área a ser puncionada;
- Calçar as luvas;
- Garrotear o membro a ser puncionado (aproximadamente 4 cm acima da veia escolhida). O garrote não pode ser mantido no local por mais de 1 minuto;
- Realizar antisepsia do local com álcool antisséptico a 70% e algodão, em um único sentido, aguardando a secagem natural antes de fazer o procedimento;
- Solicitar ao usuário que abra e feche a mão do membro que vai ser puncionado, para salientar a rede venosa, se necessário;
- Solicitar ao usuário que mantenha a mão fechada e o braço imóvel;
- Introduzir com a mão dominante a agulha paralelamente à pele com bisel voltado para cima em um ângulo de 30 ° ou menos;
- Puxar o êmbolo da seringa, com a mão não dominante até que venha o sangue ou aguardar refluir sangue através do cateter;
- Soltar o garrote e pedir ao paciente que abra a mão;
- Injetar a medicação dentro do tempo recomendado, observando o retorno venoso e as reações apresentadas pelo usuário;
- Retirar conjunto de seringa com agulha em movimento único;
- Pressionar o local da punção com algodão seco, sem massagear, até que se conclua a hemostasia;
- Observar o local da punção (formação de hematoma ou reação alérgica);

- Desprezar o conjunto de seringa e agulha (sem encapá-la) na caixa de descarte de material perfurocortante;
- Retirar luvas;
- Higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento em prontuário;
- Orientar o usuário para não fletir os braços, nem pegar peso por pelo menos 5 minutos, para evitar hematomas.
- Monitorar o local da punção quanto a: sinais de irritação local; sinais flogísticos (edema, calor, rubor e dor); endurecimento; hematoma; necrose do tecido (complicação tardia)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicações/item/identificacao-do-paciente>. Acesso em: 25 mar. 2021.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

COREN-DF. Conselho Federal de Enfermagem do Distrito Federal. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 02 maio 2022.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Uso-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

POP Nº 3.12

# REALIZAÇÃO DE CURATIVO

## O QUE REALIZAR

Técnica de curativo.

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Prevenir infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados;
- Garantir ao usuário a adesão e continuidade ao tratamento de feridas;
- Proporcionar ao usuário um tratamento de feridas adequado, garantindo a eficácia no processo.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Bandeja
- Kit para curativo estéril, composto por 3 pinças (hemostática, dente de rato e anatômica);
- Frasco de solução fisiológica 0,9% de 250mL ou 500 mL em temperatura ambiente;
- Agulha 25 x 0,8 mm ou 40 x 1,6 mm;
- Pacotes de gaze estéril;
- Caixa plástica contendo coberturas padronizadas pela SMS;
- Atadura de crepom (10 ou 15 cm, conforme necessidade);
- Esparadrapo, fita microporosa, fita crepe;
- Luvas de procedimentos e estéreis;
- Réguas de papel (em cm) ou fita métrica para mensuração da lesão;
- Espátula;
- Lâmina de bisturi (se necessário);
- Tesoura;

- Papel toalha;
- Equipamentos de Proteção Individual (avental, máscara cirúrgica, óculos de proteção, gorro).

## PROCEDIMENTO

### RECOMENDAÇÕES

- A frequência de realização do curativo é padronizada de acordo com o tecido, a quantidade de exsudato e o tipo de cobertura escolhida;
- Para limpeza da lesão utilizar solução fisiológica a uma temperatura próxima à temperatura corporal (em torno de 37°C)
- O desbridamento instrumental deve ser feito somente por médico ou enfermeiro treinado
- Ferida limpa e fechada: o curativo deve ser realizado com soro fisiológico e mantido fechado nas primeiras 24 horas após a cirurgia, passado este período a incisão deve ser exposta e lavada com água e sabão. Se houver secreção (sangue ou seroma) manter curativo semioclusivo;
- Feridas abertas contaminadas e/ou infectadas: apresenta-se com secreção purulenta, tecido necrosado ou desvitalizado. O curativo deve ser mantido limpo e oclusivo, o número de trocas está diretamente relacionado a quantidade de exsudato, devendo ser trocado sempre que houver excesso de exsudato para evitar colonização e maceração das bordas ou conforme prescrição;

### ORIENTAÇÕES GERAIS

Registro do Histórico do paciente sobre Doenças pregressas

- Estilo de vida
- Nutrição e o Padrão de alimentação
- Condições familiares, sociais e econômicas
- Condições clínicas (exames laboratoriais)
- Registro da Avaliação de pele e da ferida
- Descrição da lesão e das condições da pele
- Identificar condutas adotadas no cuidado da lesão

## PROCEDIMENTOS

- Reunir todo o material necessário em uma bandeja;
- Orientar o usuário quanto ao procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Abrir o pacote de curativos ou instrumentais (pinças) com técnica estéril;
- Calçar a luva estéril conforme procedimento operacional padrão e utilizar instrumentais;
- Colocar o usuário em posição adequada, expondo apenas a área a ser tratada;
- Garantir a privacidade do usuário durante o procedimento
- Remover cuidadosamente o curativo anterior com pinça ou luva de procedimento, caso haja aderência aos tecidos recém-formados, umedeça-o com solução fisiológica a 0,9% até que se desprenda. Este cuidado reduz as chances de traumatizar o tecido de granulação no leito da ferida;
- Observar o curativo anterior, quanto às características do exsudato (odor, quantidade, cor);
- Realizar a limpeza do membro e da área perilesional, com sabonete neutro e água corrente (encanada e tratada pelo serviço de abastecimento, ou então fervida), se necessário.
- Trocar/calçar as luvas de procedimentos e se necessário a estéril;
- Realizar a limpeza da ferida da parte menos contaminada para a mais contaminada;
- Realizar a limpeza da ferida com jatos de solução fisiológica a 0,9%, mediante a uma única perfuração no frasco com uma agulha de calibre 30x0,8 ou 40x1,6
- Secar a pele perilesional com gaze
- Remover os tecidos desvitalizados, utilizando desbridamento com instrumento de corte (apenas enfermeiros/médicos podem realizar o desbridamento instrumental); ou remoção mecânica com gaze embebida em SF 0,9%
- Realizar a mensuração da lesão com a régua de papel e registro fotográfico (esse último sempre que possível), dependendo do tamanho da ferida, pode ser mensurada a cada 15 dias ou semanal E COM AUTORIZAÇÃO DO USUÁRIO;

- Realizar avaliação da lesão: o tamanho e profundidade, tipo de lesão, tipo de tecido presente, presença e características do exsudado, bordas, avaliação da dor, presença de infecção;
- Aplicar a cobertura escolhida e disponível;
- Ocluir o curativo, conforme necessidade (cobertura secundária, gazes, compressas algodoada, ataduras)
- Reposicionar o usuário confortavelmente;
- Remover todo o material usado e dispense-o em local específico;
- Higienizar as mãos;
- Agendar retorno para nova avaliação;
- Registrar o procedimento no prontuário domiciliar e do serviço.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital alemão Oswaldo Cruz. **Orientações para o cuidado do usuário no ambiente domiciliar.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes\\_cuidado\\_paciente\\_ambiente\\_domiciliar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_cuidado_paciente_ambiente_domiciliar.pdf)>. Acesso em: 19 maio 2019.

PAULA, M. A. B.; PAULA, P. R.; CESARETI, I. U. R. (Org.). **Estomaterapia em foco e o cuidado especializado.** São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão POPs.** Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 523 p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiEpP08773AhW-6s5UCHdmCDmYQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ribeiraopreto.sp.gov.br%2Ffiles%2Fssaude%2Fpdf%2Fmpop.pdf&usq=AOVvaw2qFL003kHU5RqUVaUF1dJ3>. Acesso em: 01 maio 2022.

SANTOS, N. C. M.; OLIVEIRA, E. A.; PEREIRA, F. N. M.; ZUIN, R. C. **Lesões de pele: legislação e procedimentos de Enfermagem.** São Paulo: Érica, 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de Padronização de Curativos**. Janeiro/2021. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewji27\\_26cH3AhXPD7kGHb-zCJAQFnoECAoQAAQ&url=https%3A%2F%2Fdocs.bvsalud.org%2Fbiblioref%2F2021%2F04%2F1152129%2Fmanual\\_protocoloferidasmarco2021\\_digital\\_.pdf&usg=AOvVaw3D-kIBGBtCKdbJl3GqrUKk](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewji27_26cH3AhXPD7kGHb-zCJAQFnoECAoQAAQ&url=https%3A%2F%2Fdocs.bvsalud.org%2Fbiblioref%2F2021%2F04%2F1152129%2Fmanual_protocoloferidasmarco2021_digital_.pdf&usg=AOvVaw3D-kIBGBtCKdbJl3GqrUKk). Acesso em: 02 maio 2022.

POP Nº 3.13

# CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

## O QUE REALIZAR

Cateterismo vesical de alívio (sonda vesical de alívio ou intermitente)

## FREQUÊNCIA

- Mediante indicação e prescrição.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro

## OBJETIVOS

- Alívio da retenção urinária aguda ou crônica;
- Controle da produção de urina pelo rim;
- Recolha de urina estéril para exames;
- Medição do volume residual.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

### BANDEJA CONTENDO

- Luvas de procedimentos;
- Luvas estéreis;
- Bolsa Coletora de urina;
- Gel lubrificante;
- Solução anti-séptica;
- Cuba rim;
- Gaze estéril;
- Sonda de alívio (tamanhos variados);
- Biombo ou ambiente privativo.

## PROCEDIMENTO

### OBSERVAÇÃO

A sonda de alívio ou intermitente não permanece por muito tempo no paciente, sendo normalmente retirada após o esvaziamento da bexiga.

- Reunir todo o material necessário;;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Lavar as mãos;
- Colocar luvas de procedimento e lavar a região íntima da pessoa;
- Retirar as luvas de procedimento e desprezar após a higiene do paciente;
- Abrir o pacote de cateterismo junto à pessoa, de forma estéril;
- Abrir o pacote da sonda e colocar junto a cuba, sem contaminar;
- Colocar o lubrificante sobre uma das gazes do pacote;
- Pedir para que a pessoa fique de barriga para cima, com as pernas abertas para o sexo feminino e as pernas juntas, para o sexo masculino;
- Calçar as luvas esterilizadas do pacote de cateterismo;
- Lubrificar a ponta da sonda;
- Para o sexo feminino, fazer a anti-sepsia com a pinça montada, separandoos pequenos lábios com o polegar e o indicador, passar uma gaze molhada de anti-séptico entre os grandes e pequenos lábios e sobre o meato urinário;
- Para o sexo masculino, fazer anti-sepsia na glândula com a pinça montada com gaze umedecida no anti-séptico, afastando com o polegar e o indicador da mão esquerda o prepúcio que cobre a glândula e no meato urinário;
- Pegar a sonda com a mão que não entrou em contato com a região íntima e introduzir na uretra, e deixar a outra extremidade dentro da cuba, verificando a saída da urina;
- No final do procedimento aguardar alguns minutos até o completo esvaziamento da bexiga;
- Com movimentos suaves retirar gradativamente a sonda;
- Retirar as luvas;

- Recolher todo o material e encaminhar para a limpeza e recompor o ambiente;
- Lavar as mãos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

VIANA, D. L. **Boas Práticas de Enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010.

POP N° 3.14

# CATETERISMO VESICAL **DE** **DEMORA**

POP N° 3.14.1

# CATETERISMO VESICAL DE DEMORA FEMININO

## O QUE REALIZAR

Cateterismo vesical de demora feminino

## FREQUÊNCIA

- Mediante indicação e prescrição médica

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro

## OBJETIVO

- Promover o esvaziamento da bexiga;
- Monitorar o débito urinário;
- Preparar para cirurgias;
- Realizar irrigação vesical de líquidos ou medicação;
- Tratar incontinências urinárias, retenções urinárias, distúrbios obstrutivos, entre outras causas.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais

## MATERIAL NECESSÁRIO

### MATERIAL PARA SONDAGEM VESICAL

- Cateter uretral de duas ou três vias de calibre adequado (quando possível use um cateter de menor calibre para reduzir ao máximo o trauma e o desconforto);
- Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%;
- Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça;
- 01 bolsa coletora de urina (sistema fechado);
- Micropore ou esparadrapo;
- Pacote de gaze estéril;
- Solução antisséptica aquosa de PVPI tópico 10% ou solução de clorexidina a 0,2%;

- Uma seringa de 20 ml (deve ter ponta luer slip simples que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda);
- 15-20 ml de água destilada (02 flaconetes de água destilada de 10 ml estéril) compatível com indicação na Sonda vesical de demora para enchimento do Cuff;
- 01 agulha de aspiração (40x12);
- Luvas estéreis;
- Campo fenestrado (opcional);
- Equipamentos de Proteção Individual.

### **MATERIAL PARA HIGIENE ÍNTIMA**

- Comadre;
- Sabonete neutro;
- Luvas de procedimento;
- Bacia com água morna;
- Duas compressas ou toalha;
- Biombo;
- Saco para lixo comum.

## **PROCEDIMENTO**

### **OBSERVAÇÃO**

Realizar técnica asséptica de forma segura para a usuária e profissional, evitando contaminações e prevenindo infecções urinárias. A SVD pode permanecer no paciente de dias até meses.

- Lavar as mãos simples;
- Reunir todo o material necessário;
- Promover ambiente iluminado e privativo;
- Avaliar as condições da usuária, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão e última eliminação urinária, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Lavar as mãos simples novamente;
- Colocar luvas de procedimento;

- Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e afastadas. Visualizar o meato uretral;
- Posição feminina alternativa: decúbito lateral (de Sims), com a parte superior da perna flexionada no joelho e no quadril.
- Assegurar que a área retal seja coberta para reduzir o risco de contaminação;
- Executar a higiene íntima da pessoa com água e sabão neutro;
- Retirar as luvas de procedimento e desprezar após a higiene do paciente;
- Abrir o pacote estéril de cateterismo, utilizando técnica asséptica, entre as pernas da usuária, próximo à genitália, tomando o cuidado para não contaminar o material;
- Após abrir o pacote de sondagem, acrescentar: quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril, uma porção de xilocaína gel (após descartar o primeiro jato) sobre o campo e/ou sobre a extremidade da sonda após testar o balonete e a bolsa coletora;
- Realizar a desinfecção da ampola de água destilada com álcool a 70% e a abri-la posicionando-a próxima para a aspiração da mesma;
- Calçar as luvas esterilizadas do pacote de cateterismo;
- Conectar a agulha na seringa;
- Efetuar o teste do balonete do cateter, injetando o volume de água destilada;
- Desinsuflar o balonete após teste, mantendo a seringa conectada ao cateter;
- Aspirar o conteúdo da ampola de água destilada em quantidade indicada pelo fabricante do cateter uretral tipo foley (vide observação);
- Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado e clamp da extensão aberto;
- Proceder à antisepsia do períneo com as gazes que foram embebidas no antisséptico no sentido anteroposterior e lateral-medial;
- Colocar o campo fenestrado de maneira a permitir a visualização do meato uretral;
- Lubrificar a ponta da sonda;

- Com a mão **não dominante** e auxílio de gaze estéril, afastar os grandes lábios e expor o meato uretral;
- Em seguida, com a mão **dominante** introduzir a sonda com xilocaína 2% na sua extremidade no meato uretral da paciente até retornar urina no intermediário da bolsa coletora, sendo seguro introduzir mais uma porção (5-7cm) a fim de evitar inflar o balonete no canal uretral, pois o mesmo deve ser inflado no interior da bexiga urinária;



Fonte: Google Imagens

- Liberar os lábios vaginais, mas manter o cateter seguro na mão **não dominante**;
- Inflar o balonete com 15-20 ml de água destilada e tracionar a sonda para verificar se está fixa na bexiga;
- Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência;
- Retirar o campo fenestrado;
- Fixar com micropore o corpo da sonda na **parte interna da coxa da paciente**, tendo o cuidado de não deixá-la tracionada;
- Colocar a bolsa coletora na parte inferior da cama da usuária, do mesmo lado em que foi fixado o cateter, sempre abaixo do nível da bexiga e observar o volume drenado e as características da urina;
- Recolher todo material usado e colocá-lo na bandeja;
- Retirar as luvas;
- Recolher todo o material e encaminhar para a limpeza e recompor o ambiente;
- Higienizar as mãos;

- Identificar a bolsa coletora com data, número da sonda, volume injetado no balonete, nome do executor da técnica;
- Registrar o procedimento no prontuário e/ou folha de observação complementar da paciente, atentando para as características, volume urinário.

### **OBSERVAÇÃO**

O teste do balonete pode ser feito em um destes momentos: 1) dentro do campo estéril: colocando a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspira-se a água destilada e testa-se se o balonete está íntegro; 2) antes de dispor o material no campo: aspira-se a água destilada e testa-se o balonete segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

PRADO, Marta Lenise do et al (org.). **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. 548p.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão POPs**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 523p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiEpP08773AhW6s5UCHd-mCDmYQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ribeiraopreto.sp.gov.br%2Ffiles%2Fssaude%2Fpdf%2Fmpop.pdf&usg=AOvVaw-2qFL003kHU5RqUVaUF1dJ3>. Acesso em: 01 maio 2022.

VIANA, D. L. **Boas Práticas de Enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010.

POP N° 3.14.2

# CATETERISMO VESICAL DE DEMORA MASCULINO

## O QUE REALIZAR

Cateterismo vesical de demora masculino

## FREQUÊNCIA

- Mediante indicação e prescrição médica

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro

## OBJETIVOS

- Promover o esvaziamento da bexiga;
- Monitorar o débito urinário;
- Preparar para cirurgias;
- Realizar irrigação vesical de líquidos ou medicação;
- Tratar incontinências urinárias, retenções urinárias, distúrbios obstrutivos, entre outras causas.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais

## MATERIAL NECESSÁRIO

### MATERIAL PARA SONDAGEM VESICAL

- Cateter uretral de duas ou três vias de calibre adequado (quando possível use um cateter de menor calibre para reduzir ao máximo o trauma e o desconforto);
- Gel hidrossolúvel lubrificante ou anestésico gel a 2%;
- Kit de cateterismo vesical estéril contendo 1 cuba rim, 1 cuba redonda, 1 pinça;
- 01 bolsa coletora de urina (sistema fechado);
- Micropore ou esparadrapo;
- Pacote de gaze estéril;
- Solução antisséptica aquosa de PVPI tópico 10% ou solução de clorexidina a 0,2%;

- 02 seringas de 20 ml (deve ter ponta luer slip simples que encaixe no dispositivo de preenchimento do balonete da sonda);
- 15-20 ml de água destilada (02 flaconetes de água destilada de 10 ml estéril) compatível com indicação na Sonda vesical de demora para enchimento do Cuff;
- 01 agulha de aspiração (40x12);
- Luvas estéreis;
- Campo fenestrado (opcional);
- Equipamentos de Proteção Individual.

### **MATERIAL PARA HIGIENE ÍNTIMA**

- Comadre;
- Sabonete neutro;
- Luvas de procedimento;
- Bacia com água morna;
- Duas compressas ou toalha;
- Biombo;
- Saco para lixo comum.

## **PROCEDIMENTO**

### **OBSERVAÇÃO**

Realizar técnica asséptica de forma segura para a usuária e profissional, evitando contaminações e prevenindo infecções urinárias. A SVD pode permanecer no paciente de dias até meses.

- Lavar as mãos simples;
- Reunir todo o material necessário;
- Promover ambiente iluminado e privativo;
- Avaliar as condições da usuária, mobilidade, limitações físicas, nível de consciência, capacidade de compreensão e cooperação, padrão e última eliminação urinária, alterações geniturinárias, intercorrências ou alergias;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Lavar as mãos simples novamente;
- Colocar luvas de procedimento;

- Posicionar a paciente em decúbito dorsal, com as pernas flexionadas e afastadas. Visualizar o meato uretral;
- Posição feminina alternativa: decúbito lateral (de Sims), com a parte superior da perna flexionada no joelho e no quadril.
- Assegurar que a área retal seja coberta para reduzir o risco de contaminação;
- Executar a higiene íntima da pessoa com água e sabão neutro;
- Retirar as luvas de procedimento e desprezar após a higiene do paciente;
- Abrir o pacote estéril de cateterismo, utilizando técnica asséptica, entre as pernas da usuária, próximo à genitália, tomando o cuidado para não contaminar o material;
- Após abrir o pacote de sondagem, acrescentar: quantidade suficiente de antisséptico na cuba rim, pacotes de gaze sobre o campo estéril, uma porção de xilocaína gel (após descartar o primeiro jato) sobre o campo e/ou sobre a extremidade da sonda após testar o balonete e a bolsa coletora;
- Realizar a desinfecção da ampola de água destilada com álcool a 70% e a abri-la posicionando-a próxima para a aspiração da mesma;
- Calçar as luvas esterilizadas do pacote de cateterismo;
- Conectar a agulha na seringa;
- Com uma seringa de 20mL efetuar o teste do balonete do cateter, injetando o volume de água destilada;
- Desinsuflar o balonete após teste, mantendo a seringa conectada ao cateter;
- Aspirar o conteúdo da ampola de água destilada em quantidade indicada pelo fabricante do cateter uretral tipo foley (vide observação abaixo);
- Conectar o cateter à bolsa coletora, mantendo o sistema de drenagem fechado e clamp da extensão aberto;
- Com a outra seringa de 20mL retirar o êmbolo e solicitar que o auxiliar despeje cerca de 10 a 15mL do gel hidrossolúvel lubrificante ou gel anestésico à 2% dentro da mesma, desprezando a primeira gota, recolocar o êmbolo e retirar o ar da mesma, reservar deixando em cima do campo;
- Com a mão não dominante expor o prepúcio (caso não circuncidado) e segurar cuidadosamente o pênis pelo eixo

imediatamente abaixo da glande. Manter o eixo do pênis em ângulo reto com o corpo. Esta mão permanece nesta posição pelo restante do procedimento;

- Usando uma pinça estéril na mão dominante, pegar uma gaze umedecida com solução antisséptica e proceder à antisepsia do meato uretral em movimento circular em direção externa num movimento em espiral. Repetir 3 vezes usando uma gaze de cada vez;
- Colocar o campo fenestrado de maneira a manter a região peniana em campo estéril;
- Manter o pênis posicionado a 90°; pedir para o usuário fazer força para baixo como se fosse para urinar e introduzir o cateter lentamente pelo meato uretral;
- Avançar com o cateter até sua bifurcação ou até que a urina flua pela extremidade do cateter. Se houver resistência, não forçar, pedir para o usuário respirar fundo e lentamente para promover um relaxamento do esfíncter e facilitar a entrada do cateter;



Fonte: Google Imagens

- Abaixar o pênis e segurar firmemente o cateter com a mão não dominante;
- Inflar o balonete com 15-20 ml de água destilada e tracionar a sonda para verificar se está fixa na bexiga;
- Tracionar o cateter delicadamente até obter resistência;
- Reposicionar o prepúcio;
- Retirar o campo fenestrado;

- Fixar o cateter com a Micropore, ao nível da bifurcação do cateter **na região suprapúbica**, quando de longa duração ou **na região lateral interna da coxa**, quando de curta duração, deixando uma folga, permitindo livre movimentação dos membros inferiores;
- Colocar a bolsa coletora na parte inferior da cama da usuária, do mesmo lado em que foi fixado o cateter, sempre abaixo do nível da bexiga e observar o volume drenado e as características da urina;
- Recolher todo material usado e colocá-lo na bandeja;
- Retirar as luvas;
- Recolher todo o material e encaminhar para a limpeza e recompor o ambiente;
- Higienizar as mãos;
- Identificar a bolsa coletora com data, número da sonda, volume injetado no balonete, nome do executor da técnica;
- Registrar o procedimento no prontuário e/ou folha de observação complementar da paciente, atentando para as características, volume urinário.

### **OBSERVAÇÃO**

O teste do balonete pode ser feito em um destes momentos: 1) dentro do campo estéril: colocando a seringa e a sonda no campo estéril, a água destilada na cuba rim. Aspira-se a água destilada e testa-se se o balonete está íntegro; 2) antes de dispor o material no campo: aspira-se a água destilada e testa-se o balonete segurando a sonda dentro do pacote, expondo apenas o local de preenchimento do balonete.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CARMAGNANI, M. I. S. et al. **Procedimentos de Enfermagem: guia prático**. 1º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

PRADO, Marta Lenise do et al (org.). **Fundamentos para o cuidado profissional de enfermagem**. 3. ed. Florianópolis: UFSC, 2013. 548p. Revisada e ampliada.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão POPs**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 523p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiEpP08773AhW-6s5UCHdmCDmYQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ribeiraopreto.sp.gov.br%2Ffiles%2Fssaude%2Fpdf%2Fmpop.pdf&usg=AOvVaw2qFL003kHU5RqUVaUF1dJ3>. Acesso em: 01 maio 2022.

VIANA, D. L. **Boas Práticas de Enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2010.

# REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS

POP N° 3.15.1

# TESTE RÁPIDO SÍFILIS

## O QUE REALIZAR

Testagem rápida para identificar infecção pelo treponema pallidum

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem quando devidamente treinados (as) e sob a supervisão do(a) Enfermeiro(a). **O laudo é privativo do Enfermeiro.**

## OBJETIVOS

- Estabelecer rotina para realização de testagem rápida para detecção da infecção pelo Treponema pallidum;
- Ampliar o diagnóstico e detectar precocemente a infecção;
- Encaminhar para iniciar o tratamento;
- Diminuir a disseminação e transmissão vertical (mãe para filho).

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit de teste rápido disponível no serviço, dentro do prazo de validade, composto de: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;

- Lixeira com tampa acionada por pedal e saco plástico padronizado, conforme o resíduo a ser desprezado;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Livro e/ou folhas de registro.

## PROCEDIMENTO

- Ler o manual de instrução, observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Realizar a Higienização das mãos (POP 2.1);
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (embalagem do conjunto de kit) na folha de impresso de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Separar os componentes necessários do kit Teste Rápido para Sífilis e colocar sobre uma superfície plana, forrada com papel absorvente: 1 (uma) lanceta descartável, 1 (uma) alça coletora descartável, 1 (um) frasco para eluição e 1 (um) suporte de teste Sífilis embalado individualmente;
- Chamar o(a) usuário(a) pelo nome, confirmando-o, bem como os demais dados.
- Explicar o(a) usuário(a) sobre o procedimento a ser realizado, importância, objetivos
- e sanar todas as dúvidas antes de iniciar a execução
- Retirar o suporte de teste do envelope laminado, identifique-o com as iniciais do(a) usuário(a);
- Verificar a integridade de todos os componentes e a existência de 2 (duas) linhas na janela de testado suporte. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.
- Realizar antissepsia com álcool a 70% na ponta do dedo da área a ser utilizada;
- Pressionar o dedo para que haja acúmulo de sangue na ponta do dedo que será perfurada pela lanceta;
- Remover a tampa de proteção da lanceta;

- Posicionar e pressionar a lanceta com firmeza sobre a área;
- Coletar a amostra por punção digital, no dedo “indicador, médio ou anelar”;
- Encostar a alça coletora na gota de sangue que brotou no dedo, permitindo que a alça seja preenchida;
- Realizar o Teste de acordo com as instruções de uso do laboratório.

### **| TESTE RÁPIDO SÍFILIS-BIOCLIN**

- Aspirar ao sangue até o traço marcado na pipeta plástica descartável equivalente a 10 uL de sangue. Colocar a pipeta capilar na posição vertical e dispensar o sangue no poço da amostra, poço menor (A);
- Segurar o frasco de diluente verticalmente e adicionar 2 gotas no poço de diluente, poço maior (B);
- Aguardar a formação das linhas, interpretar os resultados entre 15 e 30 minutos. Não interpretar após 30 minutos.

### **| TESTE RÁPIDO SÍFILIS-ALERE**

- Aspirar o sangue com a pipeta plástica até o traço marcado na pipeta que corresponde a 20 uL.
- Transferir os 20 uL de sangue no poço de amostra, sem formar bolhas.
- Dispensar 4 gotas de solução diluente no poço de amostra.

Começar a contar o tempo, interpretando o resultado entre 5 e 20 minutos após a colocação do diluente. Não interpretar após 20 minutos.

- Após o tempo definido pelo fabricante, realizar a leitura do teste, observando a janela de leitura. Verifique o aparecimento de uma linha colorida na área da linha Controle. Caso ela não seja visualizada, invalide o teste e repita o procedimento desde o início, usando um novo suporte de teste.

Se a linha Controle for visualizada, observe a ausência ou o aparecimento de uma linha colorida na área da linha Teste. A ausência dessa linha indica um resultado NÃO REAGENTE, e o aparecimento da linha indica um resultado REAGENTE.

- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs e logo após higienizar as mãos (POP 2.1);
- Realizar anotação de enfermagem em prontuário;
- Fazer o registro do procedimento nas fichas/formulários correspondentes.
- Providenciar o laudo com o resultado, devidamente preenchido e assinado e entregar a (o) usuária (o);
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAGOAS. Prefeitura Municipal de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Atenção Primária. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem para as Unidades de Saúde da Atenção Básica**. Maceió/AL, 2018. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/pdf/2018/11/MANUAL-POP-VERS%C3%83O-13-de-agosto.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília-DF: 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Testes rápidos para sífilis: aula 9**. Universidade de Federal de Santa Catarina, 2020. Disponível em: [https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod\\_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf](https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Conselheiro nº 259/2016**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016\\_46252.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html). Acesso em: 02 maio 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem.** Campinas/SP. Versão 3, 2020. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil5dDn6sH3AhWJL7kGHU9W-CI8QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fsaude.campinas.sp.gov.br%2Fsaude%2Fenfermagem%2FPOP\\_Enfermagem\\_2020.pdf&usq=AOvVaw3VSZs\\_zbVfUo2N0-Rh6UM7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil5dDn6sH3AhWJL7kGHU9W-CI8QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fsaude.campinas.sp.gov.br%2Fsaude%2Fenfermagem%2FPOP_Enfermagem_2020.pdf&usq=AOvVaw3VSZs_zbVfUo2N0-Rh6UM7). Acesso em: 02 maio 2022.

POP N° 3.15.2

# TESTE RÁPIDO HIV

## O QUE REALIZAR

Testagem rápida para identificar infecção pelo HIV

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem quando devidamente treinados (as) e sob a supervisão do(a) Enfermeiro(a). **O laudo é privativo do Enfermeiro.**

## OBJETIVOS

- Estabelecer rotina para realização de testagem rápida para detecção da infecção pelo HIV;
- Encaminhar para confirmação diagnóstica e tratamento;
- Interromper a cadeia de transmissão;
- Reduzir a incidência da doença;

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit de teste rápido disponível no serviço, dentro do prazo de validade, composto de: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;

- Lixeira com tampa acionada por pedal e saco plástico padronizado, conforme o resíduo a ser desprezado;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Livro e/ou folhas de registro.

## PROCEDIMENTO

- Ler o manual de instrução, observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Realizar a Higienização das mãos (POP 2.1);
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (embalagem do conjunto de kit) na folha de impresso de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com papel absorvente;
- Chamar o(a) usuário(a) pelo nome, confirmando-o, bem como os demais dados.
- Explicar o(a) usuário(a) sobre o procedimento a ser realizado, importância e objetivos, limitações do teste e sanar todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
- Retirar os componentes do KIT da embalagem inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Caso esteja danificado, desprezar e dispor de novo kit;
- Escrever as iniciais do nome do usuário, no dispositivo ou placa de teste com caneta de tinta permanente;
- Selecionar um dos dedos "indicador, médio ou anelar" para fazer a punção;
- Passar álcool a 70% na ponta do dedo, deixar secar naturalmente;
- Remover a tampa de proteção da lanceta e pressionar com firmeza na lateral da ponta do dedo;
- Realizar o Teste de acordo com as instruções de uso do laboratório.

### **TESTE RÁPIDO HIV - ABON**

- Aspirar o sangue com a pipeta plástica até o traço marcado na pipeta que corresponde a 50uL.
- Transferir os 50 uL de sangue no poço de amostra, sem formar bolhas.
- Dispensar 2 gotas de solução diluente no poço de amostra.

Começar a contar o tempo, interpretando o resultado entre 10 e 20 minutos após a colocação do diluente. Não interpretar após 20 minutos.

### **TESTE RÁPIDO HIV - BIOEASY**

- Aspirar o sangue com a pipeta plástica até o traço marcado na pipeta que corresponde a 20uL.
- Transferir os 20 uL de sangue no poço de amostra, sem formar bolhas.
- Dispensar 4 gotas de solução diluente no poço de amostra.

Começar a contar o tempo, interpretando o resultado entre 10 e 20 minutos após a colocação do diluente. Não interpretar após 20 minutos.

### **TESTE RÁPIDO HIV - BIOCLIN**

- Aspirar o sangue com a pipeta plástica até o traço marcado na pipeta que corresponde a 10uL.
- Transferir os 10 uL de sangue no poço de amostra, sem formar bolhas.
- Dispensar 2 gotas de solução diluente no poço de amostra.

Começar a contar o tempo, interpretando o resultado entre 15 e 30 minutos após a colocação do diluente. Não interpretar após 30 minutos.

- Após o tempo definido pelo fabricante, realizar a leitura do teste, observando a janela de leitura. Verifique o aparecimento de uma linha colorida na área da linha Controle. Caso ela não seja visualizada, invalide o teste e repita o procedimento desde o início, usando um novo suporte de teste.

Se a linha Controle for visualizada, observe a ausência ou o aparecimento de uma linha colorida na área da linha Teste, em qualquer uma das áreas de teste. A ausência dessa linha indica um resultado NÃO REAGENTE, e o aparecimento da linha indica um resultado REAGENTE.

- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs e logo após higienizar as mãos (POP 2.1);
- Realizar anotação de enfermagem em prontuário;
- Fazer o registro do procedimento nas fichas/formulários correspondentes.
- Providenciar o laudo com o resultado, devidamente preenchido e assinado e entregar a (o) usuária (o);
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAGOAS. Prefeitura Municipal de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Atenção Primária. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem para as Unidades de Saúde da Atenção Básica**. Maceió/AL, 2018. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/pdf/2018/11/MANUAL-POP-VERS%C3%83O-13-de-agosto.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília-DF: 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Testes rápidos para sífilis: aula 9**. Universidade de Federal de Santa Catarina. 2020. Disponível em: [https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod\\_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf](https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Conselheiro nº 259/2016**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016\\_46252.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html). Acesso em: 02 maio 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem**. Campinas/SP. Versão 3, 2020. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil5dDn6sH3AhWJL7kGHU9W-CI8QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fsaude.campinas.sp.gov.br%2Fsaude%2Fenfermagem%2FPOP\\_Enfermagem\\_2020.pdf&usg=AOvVaw3VSZs\\_zbVfUo2N0-Rh6UM7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil5dDn6sH3AhWJL7kGHU9W-CI8QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fsaude.campinas.sp.gov.br%2Fsaude%2Fenfermagem%2FPOP_Enfermagem_2020.pdf&usg=AOvVaw3VSZs_zbVfUo2N0-Rh6UM7). Acesso em: 02 maio 2022.

POP N° 3.15.3

# TESTE RÁPIDO HEPATITE B

## O QUE REALIZAR

Testagem rápida para identificar infecção pelo antígeno de superfície do vírus da hepatite B (hbsAg)

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem quando devidamente treinados (as) e sob a supervisão do(a) enfermeiro(a). **O laudo é privativo do enfermeiro.**

## OBJETIVOS

- Estabelecer rotina para realização de teste rápido para detecção da infecção pelo antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg);
- Ampliar o diagnóstico e detectar precocemente a infecção;
- Prevenir a contaminação pelo vírus.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit de teste rápido disponível no serviço, dentro do prazo de validade, composto de: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;

- Lixeira com tampa acionada por pedal e saco plástico padronizado, conforme o resíduo a ser desprezado;
- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Livro e/ou folhas de registro.

## PROCEDIMENTO

- Ler o manual de instrução, observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Realizar a Higienização das mãos (POP 2.1);
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (embalagem do conjunto de kit) na folha de impresso de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Separar os componentes necessários do kit Teste Rápido para Sífilis e colocar sobre uma superfície plana, forrada com papel absorvente: 1 (uma) lanceta descartável, 1 (uma) alça coletora descartável, 1 (um) frasco para eluição e 1 (um) suporte de teste Sífilis embalado individualmente;
- Chamar o(a) usuário(a) pelo nome, confirmando-o, bem como os demais dados.
- Explicar o(a) usuário(a) sobre o procedimento a ser realizado, importância, objetivos e sanar todas as dúvidas antes de iniciar a execução
- Retirar o suporte de teste do envelope laminado, identifique-o com as iniciais do(a) usuário(a);
- Verificar a integridade de todos os componentes e a existência de 2 (duas) linhas na janela de testado suporte. Se houver rachaduras ou na plataforma de duplo percurso não for visível duas linhas, uma na área de controle e outra na área do teste, despreze esse material e recomece.
- Realizar antissepsia com álcool a 70% na ponta do dedo da área a ser utilizada;
- Pressionar o dedo para que haja acúmulo de sangue na ponta do dedo que será perfurada pela lanceta;
- Remover a tampa de proteção da lanceta;

- Posicionar e pressionar a lanceta com firmeza sobre a área;
- Coletar a amostra por punção digital, no dedo “indicador, médio ou anelar”;
- Realizar o Teste de acordo com as instruções de uso do laboratório.

### **| TESTE RÁPIDO HBSAG – BIOCLIN**

- Encostar a pipeta sobre a gota de sangue e deixe o sangue fluir por capilaridade, sem pressionar o bulbo, até o traço marcado na pipeta plástica descartável (equivalente a 75 µL de sangue);
- No poço de amostra, dispensar o sangue pressionando o bulbo da pipeta;
- Segurar o frasco de diluente verticalmente e aplicar 2 gotas no poço de amostra evitando a formação de bolhas;
- Aguardar a formação das linhas, interpretar os resultados entre 15 e 30 minutos. Não interpretar após 30 minutos.
- Após o tempo definido pelo fabricante, realizar a leitura do teste, observando a janela de leitura. Verifique o aparecimento de uma linha colorida na área da linha Controle. Caso ela não seja visualizada, invalide o teste e repita o procedimento desde o início, usando um novo suporte de teste.

Se a linha Controle for visualizada, observe a ausência ou o aparecimento de uma linha colorida na área da linha Teste. A ausência dessa linha indica um resultado NÃO REAGENTE, e o aparecimento da linha indica um resultado REAGENTE.

- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs e logo após higienizar as mãos (POP 2.1);
- Realizar anotação de enfermagem em prontuário;
- Fazer o registro do procedimento nas fichas/formulários correspondentes.
- Providenciar o laudo com o resultado, devidamente preenchido e assinado e entregar a (o) usuária (o);
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAGOAS. Prefeitura Municipal de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Atenção Primária. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem para as Unidades de Saúde da Atenção Básica**. Maceió/AL, 2018. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/pdf/2018/11/MANUAL-POP-VERS%C3%83O-13-de-agosto.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Testes rápidos para Gonorréia: aula 6**. Universidade de Federal de Santa Catarina. 2020. Disponível em: [https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod\\_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf](https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Testes rápidos para HIV: aula 3**. Universidade de Federal de Santa Catarina. 2020. Disponível em: [https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod\\_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf](https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Conselheiro nº 259/2016**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016\\_46252.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html). Acesso em: 02 maio 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem**. Campinas/SP. Versão 3, 2020. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil5dDn6sH3AhWJL7kGHU9W-CI8QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fsaude.campinas.sp.gov.br%2Fsaude%2Fenfermagem%2FPOP\\_Enfermagem\\_2020.pdf&usg=AOvVaw3VSZs\\_zbVfUo2N0-Rh6UM7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil5dDn6sH3AhWJL7kGHU9W-CI8QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fsaude.campinas.sp.gov.br%2Fsaude%2Fenfermagem%2FPOP_Enfermagem_2020.pdf&usg=AOvVaw3VSZs_zbVfUo2N0-Rh6UM7). Acesso em: 02 maio 2022.

POP N° 3.15.4

# TESTE RÁPIDO HEPATITE C

## O QUE REALIZAR

Testagem rápida para identificar infecção pelo vírus da hepatite C por meio da detecção do anticorpo Anti-HCV

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem quando devidamente treinados (as) e sob a supervisão do(a) Enfermeiro(a). **O laudo é privativo do Enfermeiro.**

## OBJETIVOS

- Estabelecer rotina para realização de testagem rápida para detecção da infecção pelo vírus da hepatite C;
- Ampliar o diagnóstico e detectar precocemente a infecção.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Equipamentos de proteção individual (EPIs): óculos de proteção, avental e luvas de procedimentos;
- Kit de teste rápido disponível no serviço, dentro do prazo de validade, composto de: lanceta para punção digital, pipeta ou tubo capilar, dispositivo ou placa de teste, frasco de solução diluente;
- Manual de instrução;
- Álcool 70%;
- Algodão ou gaze;
- Cronômetro ou relógio;
- Caneta esferográfica;
- Caneta de tinta permanente;
- Lixeira com tampa acionada por pedal e saco plástico padronizado, conforme o resíduo a ser desprezado;

- Recipiente para descarte de material biológico e perfurocortante;
- Papel absorvente para forrar a área onde serão feitos os testes rápidos;
- Livro e/ou folhas de registro.

## PROCEDIMENTO

- Ler o manual de instrução, observar as orientações de acordo com cada laboratório;
- Realizar a Higienização das mãos (POP 2.1);
- Colocar os EPIs;
- Conferir o prazo de validade do kit e anotar o número do lote (embalagem do conjunto de kit) na folha de impresso de realização dos Testes Rápidos, garantindo a qualidade e rastreabilidade do teste;
- Separar todos os componentes do kit, sobre uma superfície plana, limpa, livre de vibrações, seca e forrada com papel absorvente;
- Chamar o(a) usuário(a) pelo nome, confirmando-o, bem como os demais dados.
- Explicar o(a) usuário(a) sobre o procedimento a ser realizado, importância e objetivos, limitações do teste e sanar todas as dúvidas antes de iniciar a execução;
- Retirar os componentes do KIT da embalagem inspecionar a integridade do dispositivo de teste. Caso esteja danificado, desprezar e dispor de um novo kit;
- Escrever as iniciais do nome do usuário no dispositivo ou placa de teste com caneta de tinta permanente;
- Selecionar um dos dedos "índice, médio ou anelar" para fazer a punção;
- Passar álcool a 70% na ponta do dedo, deixar secar naturalmente;
- Remover a tampa de proteção da lanceta e pressionar com firmeza na lateral da ponta do dedo;
- Realizar o Teste de acordo com as instruções de uso do laboratório.

## TESTE RÁPIDO HCV ABON

- Aspirar o sangue com a pipeta plástica até o traço marcado na pipeta que corresponde a 50uL.

- Transferir os 50 uL de sangue no poço de amostra, sem formar bolhas.
- Dispensar 1 gota de solução diluente no poço de amostra. Começar a contar o tempo, interpretando o resultado entre 10 e 20 minutos após a colocação do diluente. Não interpretar após 20 minutos.

### **TESTE RÁPIDO HVC – ALERE**

- Aspirar o sangue com a pipeta plástica até o traço marca-dona pipeta que corresponde a 10uL.
- Transferir os 10 uL de sangue no poço de amostra, sem formar bolhas.
- Dispensar 4 gotas de solução diluente no poço de amostra. Começar a contar o tempo, interpretando o resultado entre 5 e 20 minutos após a colocação do diluente. Não interpretar após 20 minutos.

Após o tempo definido pelo fabricante, realizar a leitura do teste, observando a janela de leitura. Verifique o aparecimento de uma linha colorida na área da linha Controle. Caso ela não seja visualizada, invalide o teste e repita o procedimento desde o início, usando um novo suporte de teste.

Se a linha Controle for visualizada, observe a ausência ou o aparecimento de uma linha colorida na área da linha Teste. A ausência dessa linha indica um resultado NÃO REAGENTE, e o aparecimento da linha indica um resultado REAGENTE.

- Descartar o material utilizado em recipiente apropriado para descarte de materiais com risco biológico;
- Retirar os EPIs e logo após higienizar as mãos (POP 2.1);
- Realizar anotação de enfermagem em prontuário;
- Fazer o registro do procedimento nas fichas/formulários correspondentes.
- Providenciar o laudo com o resultado, devidamente preenchido e assinado e entregar a (o) usuária (o);
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAGOAS. Prefeitura Municipal de Maceiaó. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Atenção Primária. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem para as Unidades de Saúde da Atenção Básica**. Maceió/Al, 2018. Disponível em: <http://www.maceio.al.gov.br/wp-content/uploads/2018/11/pdf/2018/11/MANUAL-POP-VERS%C3%83O-13-de-agosto.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Testes rápidos para Hepatite: aula 6**. Universidade de Federal de Santa Catarina. 2020. Disponível em: [https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod\\_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf](https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. TELELAB. **Testes rápidos: aula 2**. Universidade de Federal de Santa Catarina. 2020. Disponível em: [https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod\\_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf](https://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf). Acesso em: 12 ago. 2021.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer de Conselheiro nº 259/2016**. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016\\_46252.html](http://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheiro-n-2592016_46252.html). Acesso em: 02 maio 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. **Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem**. Campinas/SP. Versão 3, 2020. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil5dDn6sH3AhWJL7kGHU9WCl8QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fsaude.campinas.sp.gov.br%2Fsaude%2Fenfermagem%2FPOP\\_Enfermagem\\_2020.pdf&usg=AOvVaw-3VVSzs\\_zbVfUo2N0-Rh6UM7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwil5dDn6sH3AhWJL7kGHU9WCl8QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fsaude.campinas.sp.gov.br%2Fsaude%2Fenfermagem%2FPOP_Enfermagem_2020.pdf&usg=AOvVaw-3VVSzs_zbVfUo2N0-Rh6UM7). Acesso em: 02 maio 2022.

## CAPÍTULO 4

# POP SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

*A maravilha de se amar uma criança, é vê-la crescer saudável, inteligente, bonita, carinhosa, estudiosa e acima de tudo, digna”*

*Isabel Santos*

### **Elaboração**

---

**Geuma Ângela Marques**

**Nathanielly Cristina Carvalho de Brito Santos**

# CAPÍTULO 4

- 4.1. Sinais Vitais em Pediatria
  - 4.1.1. Aferição de Sinal Vital em Pediatria - PAS
  - 4.1.2. Aferição de Sinal Vital em Pediatria - Temperatura
  - 4.1.3. Aferição de Sinal Vital em Pediatria - Pulso
  - 4.1.4. Aferição de Sinal Vital em Pediatria - Respiração
- 4.2. Aferição de peso em Pediatria
- 4.3. Aferição de Estatura em Pediatria
- 4.4. Circunferências em Pediatria
  - 4.4.1. Cálculo do Perímetro Cefálico
  - 4.4.2. Cálculo do Perímetro Abdominal
  - 4.4.3. Cálculo do Perímetro Torácico
- 4.5. Cálculo de Índice de Massa Corporal
- 4.6. Aferição da Circunferência de Cintura
- 4.7. Administração de Medicamentos
- 4.8. Teste de Snellen
- 4.9. Nebulização e Inalação
- 4.10. Vigilância do Desenvolvimento Infantil

POP Nº 4.1

# SINAIS VITAIS EM PEDIATRIA

POP N° 4.1.1

# AFERIÇÃO DE SINAL VITAL EM PEDIATRIA - PAS

## O QUE REALIZAR

Aferição de pressão arterial sistêmica infantil

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Detectar precocemente desvios de normalidade na Pressão Arterial Sistêmica;
- Indicar variações individuais de níveis pressóricos.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Estetoscópio;
- Esfigmomanômetro.

**OBS.:** Utilizar esfigmomanômetro adequado segundo as dimensões recomendadas para manguito de borracha (Quadro 1)

Quadro 1 - Dimensões recomendadas para manguito de borracha do esfigmomanômetro

Limites de idade	Largura (cm)	Comprimento (cm)	Circunferência máxima do braço (cm)
Recém-nascido	3	6	≤ 6
Criança	6	15	6 – 15
Infantil	8	21	16 – 21
Adulto (pequeno)	10	24	22 – 26
Adulto	13	30	35 – 44
Adulto (grande)	16	38	52
Coxa	20	42	45 – 52

Fonte: VII Diretrizes Brasileira de Hipertensão, 2016

## PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Reunir o material;
- Explicar sobre o procedimento a criança menor de 8 anos utilizando o brinquedo terapêutico;
- Deixar a criança em repouso pelo menos 10 minutos antes do procedimento; sentado e sem dobrar os membros inferiores;
- Identificar o manguito adequado que cubra 2/3 do braço;
- Expor o membro superior direito, o qual deverá estar apoiado na altura do coração;
- Colocar a bolsa do manguito inflável sobre a artéria braquial, envolvendo o braço com margem inferior a 2,5 cm acima do espaço anticubital;
- Colocar o manômetro a altura dos olhos;
- Palpar a artéria radial na dobra do cotovelo, fechar a válvula da pera e insuflar o manguito até o ponto em que a artéria braquial deixa de ser palpável, e elevar a pressão 30 mm de mercúrio acima desse ponto, exceto para aparelhos digitais;
- Colocar o diafragma do estetoscópio sem pressionar, fazendo o mesmo para os equipamentos digitais;
- Desinsuflar o manguito lentamente em aproximadamente 2mm de mercúrio por segundo, independente do aparelho, identificando pelo método auscultatório o ponto correspondente ao primeiro som audível para a PAS (Pressão Arterial Sistólica) e o último para a PAD (Pressão Arterial Diastólica (Quadro 2));
- Repetir o procedimento, se necessário, após aguardar de 5 minutos;
- Esvaziar completamente o manguito e retirá-lo do braço da criança;
- Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Quadro 2 – Parâmetro de Pressão Arterial Média em crianças e adolescente

Idade	Pressão Sistólica	Pressão Diastólica	Hipotensão Sistólica
Recém-nascidos (12 horas de vida, < 1000g)	39 – 59	16 36	< 40 – 50
Recém-nascidos (12 horas de vida, 3000g)	60 – 76	31 – 45	< 50
Neonato > 96 horas de vida	67 – 84	35 – 53	< 60
1 mês a 12 meses	72 – 104	37 – 56	< 70
1 a 2 anos	86 – 106	42 – 63	< 70 + idade em anos x 2
3 a 5 anos	89 112	46 – 72	< 70 + idade em anos x 2
6 a 9 anos	97 115	57 – 76	< 70 + idade em anos x 2
10 a 11 anos	102 – 120	61 80	< 90
12 a 15 anos	110 131	64 83	< 90

Fonte: Fleming et al, 2011.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

FACENF. **Procedimento Operacional Padrão**. POP/FACENF/004/2019. Disponível em: <https://www.ufjf.br/fundamentosenf/procedimentos-operacionais-padrao/>. Acesso em: 01 mai. 2022.

FLEMING, S. et al. Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 8 years: a systematic review of observational studies. **Lancet**. v. 19, n. 377, p. 1011-1018, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21411136/>. Acesso em: 01 mai. 2022.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook – Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 1ª edição, 2016.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo,

v. 107, n. 3, p. 1-113, 2016. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKE-wjimr5L73AhX0jJUCHfoSD6QQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fpublicacoes.cardiol.br%2F2014%2Fdiretrizes%2F2016%2F05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf&usg=AOvVaw2FIAt40Y2Zug-Zoq4YIN2PA](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKE-wjimr5L73AhX0jJUCHfoSD6QQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fpublicacoes.cardiol.br%2F2014%2Fdiretrizes%2F2016%2F05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf&usg=AOvVaw2FIAt40Y2Zug-Zoq4YIN2PA). Acesso em: 01 maio 2022.

# **AFERIÇÃO DE SINAL VITAL EM PEDIATRIA - TEMPERATURA AXILAR**

## O QUE REALIZAR

Aferição da temperatura axilar infantil

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Determinar a temperatura axilar do paciente / cliente;
- Avaliar a resposta da temperatura às terapias médicas e aos cuidados de enfermagem;
- Auxiliar no diagnóstico médico e de enfermagem.

## EM QUE LOCAL

unidades básicas de saúde, centros de saúde, unidades mistas e policlínicas distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Termômetro clínico;
- Bandeja;
- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Prontuário.

**OBS.** 1. Esse sinal deve ser o último a ser verificado nas crianças, pois muitas vezes aquelas menores podem chorar alterando os demais sinais;

2. A aferição pode ocorrer com crianças menores no colo do acompanhante, e as maiores ou adolescentes sentados ou em decúbito dorsal. (COLLET, TOSO, VIERA, 2019)

## PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos;
- Organizar o material necessário em uma bandeja;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante, se criança menor de 8 anos utilizar brinquedo terapêutico;
- Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70%;

- Enxugar a axila do paciente, se necessário;
- Colocar o termômetro na região axilar com o bulbo em contato direto na pele do paciente; solicitar ao acompanhante segurar o braço da criança;
- Realizar a leitura após 3 a 5 minutos, ou até ouvir o som, no caso dos termômetros digitais;
- Realizar a desinfecção do termômetro com álcool a 70%;
- Recolher o material;
- Realizar a higienização das mãos;
- Registrar a temperatura aferida no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado

**OBS:** Em casos de hipertermia providenciar o atendimento com prioridade.

**Quadro 1** - Valores de referência para temperaturas axilar

Classificação	Temperatura axilar
Hipotermia	< 35,5° C
Afebril ou normotermia	35,5° C – 35,9° C
Estado subfebril	37° C – 37,7° C
Febre / Hipertermia	>37,8° C
Febre moderada	38° C – 39° C
Febre alta	> 39° C
Febre muito alta ou Hiperpirexia	> 40° C

Fonte: OLIVEIRA, 2016

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

FACENF. **Procedimento Operacional Padrão**. POP/FACENF/004/2019. Disponível em: <https://www.ufjf.br/fundamentosenf/procedimentos-operacionais-padrao/>. Acesso em: 01 maio 2022.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook – Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 1ª edição, 2016.

# AFERIÇÃO DE SINAL VITAL EM PEDIATRIA - PULSO

## O QUE REALIZAR

Contagem da Frequência cardíaca e descrição das características do pulso em criança

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

- Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Auxiliar no esclarecimento diagnóstico e na instituição do tratamento;
- Detectar alterações no funcionamento cardíaco;
- Acompanhar a curva de variação da frequência/pulso.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Relógio com marcador de segundos;
- Caneta;
- Prontuário

**OBS:** Lembrar que esse dado pode ser influenciado pelo sono, choro, esforço e agitação da criança. Por isso escolher o momento em que a mesma esteja tranquila para aferir (Quadro 1).

Quadro 1 – | Frequência - fisiológica do pulso em diferentes ciclos de vida

Idade	Frequência cardíaca
Lactentes	20 – 160 bpm
Crianças até 3 anos	90 – 140 bpm
Pré-escolares	80 – 110 bpm
Escolares	75 – 100 bpm
Adolescentes	60 – 90 bpm
Adultos	60 – 100 bpm

Fonte: POTTER et al. 2018

## PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos (POP 2.1)
- Reunir o material;
- Realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Explicar sobre o procedimento a criança menor de 8 anos utilizando o brinquedo terapêutico;
- Deixar a criança/adolescente em posição confortável, podendo ser em decúbito dorsal ou sentado dependendo da idade, lembrando de aquecer a mão ou estetoscópio antes de tocar a pele;
- Para aferir os batimentos em recém-nascidos e lactentes, deve localizar o pulso apical (figura 1) colocando o diafragma do estetoscópio entre o mamilo esquerdo e o esterno; ou pulso braquial (figura 2), pressionando delicadamente da borda lateral da axila até próximo a cabeça do rádio na região do cotovelo; ou pulso femoral (figura 3), palpando a altura do ligamento inguinal, entre a espinha íliaca anterior superior e a sínfise púbica, até o início do terço inferior da coxa, contar por um minuto os batimentos;
- Para crianças maiores e adolescentes deve pressionar delicadamente a face interna do antebraço, localizar o pulso

Figura 1

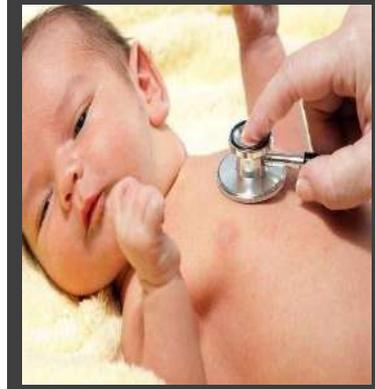
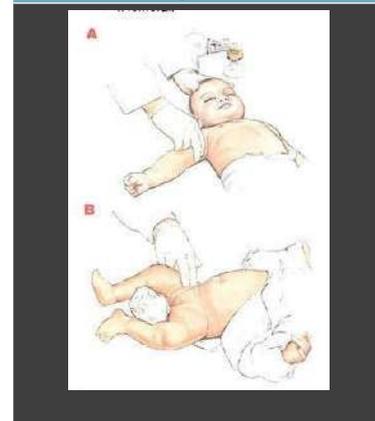


Figura 2



Figura 3



radial (figura 4) e contar por um minuto os batimentos cardíacos;

- Analisar as características: elasticidade, frequência, ritmo, amplitude, tensão, comparando com o lado homólogo;
- Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Figura 4



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

EBSERH. **POP – Procedimentos Operacionais Padrão**, UNIRIO, 2016. Disponível em: <https://www.ifpi.edu.br/noticias/ifpi-im-plantas-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/ManualdeProcedimentosOperacionaisPadroIFPI.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2022.

GOMES C.O. et al (org). **Semiotécnica em enfermagem**. Natal, RN: EDUFRN, 2018. 431 p. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25862>. Acesso em: 01 maio 2022.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

# **AFERIÇÃO DE SINAL VITAL EM PEDIATRIA - RESPIRAÇÃO**

## O QUE REALIZAR

Contagem da frequência respiratória

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Detectar alterações no ritmo respiratório;
- Acompanhar a curva de variação da frequência respiratória;
- Auxiliar no esclarecimento diagnóstico e na definição do tratamento adequado;

**OBS.:** Deve ser o primeiro sinal a ser verificado (Quadro 1).

Quadro 1 – Valores normais da FR de acordo com a idade

Idade	Frequência Cardíaca
Recém-nascido pré-termo	40 – 60 mrpm
Recém-nascido até 6 meses	30 50 mrpm
6 meses até 2 anos	25 32 mrpm
3 – 5 anos	20 28 mrpm
6 – 10 anos	18 25 mrpm
10 – 14 anos	16 20 mrpm
Adolescentes	12 16 mrpm

Fonte: BRASIL (2014); KLIEGMAN; MARCDANTE; BEHRMAN (2016) POTTER et al. 2018

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Relógio com marcador de segundos;
- Caneta;
- Prontuário;

## PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Reunir o material;
- Realizar assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Explicar sobre o procedimento a criança menor de 8 anos utilizando o brinquedo terapêutico;
- Deixar a criança/adolescente em posição confortável, podendo ser em decúbito dorsal ou sentado e no colo do cuidado dependendo da idade, mas com os braços estendidos ao longo do corpo; atentando para recém-nascidos e lactentes cuja respiração é abdominal;
- Localizar um ponto no tórax para acompanhar o ciclo respiratório com movimentos de inspiração e expiração;
- Realizar a contagem em 1 minuto, principalmente para os menores de 10 anos;
- E analisar as seguintes características: amplitude, | Frequência e ritmo;
- Realizar novamente assepsia das olivas e diafragma do estetoscópio;
- Higienizar as mãos;
- Realizar anotação no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2ª ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/atencao-a-saude-do-recem-nascido-guia-para-os-profissionais-de-saude-cuidados-gerais/>. Acesso em: 01 maio 2022.

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

EBSERH. **POP – Procedimentos Operacionais Padrão**, UNIRIO, 2016. Disponível em: <https://www.ifpi.edu.br/noticias/ifpi-im-plantas-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem/>

ManualdeProcedimentosOperacionaisPadroIFPI.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.

GOMES C.O. et al (org). **Semiotécnica em enfermagem**. Natal, RN: EDUFRN, 2018. 431 p. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25862>. Acesso em: 01 maio 2022.

KLIEGMAN J. M. R.; MARCDANTE K. J.; BEHRMAN R. E. **Nelson: Princípios de pediatria**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Nº 4.2

# AFERIÇÃO DE PESO EM PEDIATRIA

## O QUE REALIZAR

Aferição do peso

## FREQUÊNCIA

- Acompanhamento do crescimento e sempre que necessário.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Detectar precocemente desvios no estado nutricional;
- Acompanhar o crescimento da criança e do adolescente;
- Direcionar dosagem de medicamento.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Lençol de papel ou fralda;
- Papel toalha;
- Balança pediátrica mecânica ou eletrônica para peso inferior a 16 kg (**Figura 1**);
- Balança plataforma mecânica ou eletrônica (**Figura 5**);
- Caderneta da Criança;
- Caderneta do Adolescente;
- Prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço.

**OBS.:** Para crianças que nasceram prematuras registrar no gráfico de crescimento para recém-nascido prematuro (RNPT) na Caderneta da Criança (pág. 87) até a 64ª semana de vida (1 ano e 4 meses de idade cronológica) Após isso, corrigir a idade até 2 anos ou até 3 anos (se idade gestacional ao nascer < 28 semanas)

e registrar no gráfico de crescimento para a termo para peso de 0 a 2 anos (**Figura 3**), de 2 a 5 (**Figura 7**) (pág. 89 e 92).

## PROCEDIMENTO

- Balança pediátrica mecânica (criança menor de 2 anos ou peso inferior a 16 kg) (**Figura 2**)
- Reunir o material;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Chamar o paciente e acompanhante pelos nomes, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado;
- Destruar a balança;
- Forrar o prato da balança com papel toalha ou fralda antes de calibrá-la, para evitar erro na pesagem;
- Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la, girando lentamente o calibrador, até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
- Travar a balança após a mesma está calibrada;
- Despir a criança com o auxílio da mãe ou responsável, além de retirar adereços ou objetivos que possa estar segurando;
- Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente;
- Destruar a balança, mantendo a criança parada o máximo possível nessa posição.
- Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;
- Mover o cursor maior sobre a escala numérica para marcar os quilos (Kg);
- Depois mover o cursor menor para marcar os gramas (g);
- Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados;
- Travar a balança, evitando assim que sua mola desgaste, assegurando o bom funcionamento do equipamento;
- Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala para visualizar melhor os valores apontados pelos cursores;
- Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica;

- Registrar o peso no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço e na Caderneta da Criança;
- Interpretar o resultado conforme o gráfico do peso para idade (0-2) e sexo (masculino e feminino);
- Realizar novamente assepsia do equipamento;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Figura 1 – Balança pediátrica mecânica e eletrônica

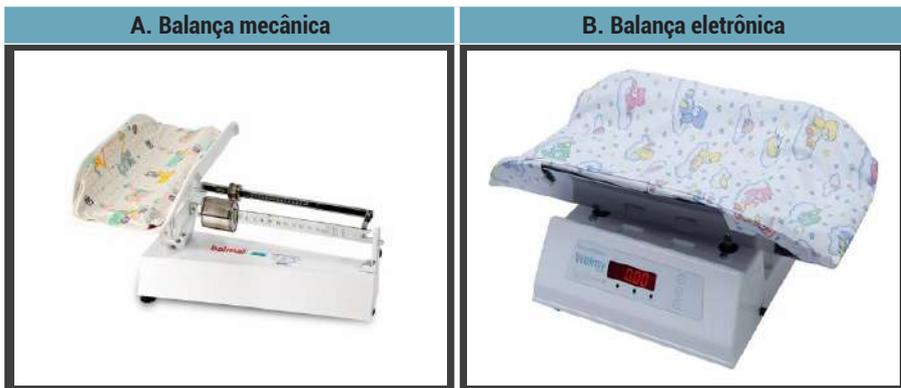


Figura 2 Aferição do peso em balança pediátrica mecânica

- Balança pediátrica eletrônica (criança menor de 2 anos ou peso inferior a 16 kg) (**Figura 4**)
- Reunir o material;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Chamar o paciente e acompanhante pelos nomes, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado;
- Ligar a balança e esperar que chegue no zero;
- Calibrar a balança.
- Retirar o máximo de roupas da criança com o auxílio da mãe ou responsável, além de adereços ou objetos que possa estar segurando;
- Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, de modo a distribuir o peso igualmente;
- Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;

- Aguardar que o valor esteja fixado no visor;
- Realizar a leitura de frente para o equipamento;
- Registrar o peso no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço;
- Retirar a criança do equipamento;
- Realizar anotação na Caderneta da Criança;
- Interpretar o resultado conforme o gráfico do Peso para idade (0-2) e sexo (masculino e feminino);
- Realizar novamente assepsia;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Figura 4 Aferição do peso em balança pediátrica eletrônica

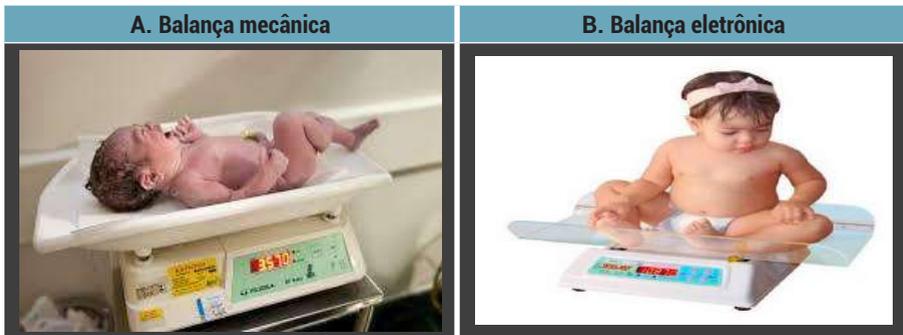


Figura 5 Balança plataforma mecânica e eletrônica

**Fonte:** [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

- Reunir o material;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Higienizar as mãos, segundo POP 2.1;
- Chamar o paciente e acompanhante pelos nomes, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado;
- Ligar a balança e esperar que chegue no zero;
- Certificar-se de que a balança está calibrada;
- Deixar a criança ou adolescente com o mínimo de roupa, retirando peças pesadas como casacos, além de adereços ou objetos que possa estar segurando;

- Colocar a criança ou adolescente de pé no centro da plataforma, descalça, ereta, com os pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo, de modo a distribuir o peso igualmente;
- Orientar a mãe ou responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento;
- Aguardar que o valor esteja fixado no visor;
- Realizar a leitura de frente para o equipamento;
- Registrar o peso no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço;
- Solicitar que a criança ou adolescente saia do equipamento;
- Realizar anotação na Caderneta da Criança, conforme o gráfico do peso para idade da criança de 2-5 e 5-10 anos (**Figura 8**) e dos sexos, masculino e feminino;
- Interpretar o resultado;
- Realizar novamente assepsia do equipamento;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

**OBS.:** No caso da balança plataforma mecânica, vide procedimento para balança pediátrica mecânica descrito acima.

Caso não seja possível colocar a criança no equipamento sozinha, o profissional poderá pesar a mãe ou responsável sozinho e em seguida com a criança, e a diferença será registrada como peso da criança. É importante seguir as regras quanto as vestimentas da criança no momento da aferição.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/orienta%C3%A7%C3%B5es-para-coleta-e-an%C3%A1lise-de-dados-antropom%C3%A9tricos-em-servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde-norma-t%C3%A9cnica-do>. Acesso em: 01 maio 2022.

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. 377 p. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 01 maio 2022.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; RODGERS, C. C. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

KYLE, T. **Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

POP Nº 4.3

# AFERIÇÃO DE ESTATURA **EM** **PEDIATRIA**

## O QUE REALIZAR

Aferição da estatura

## FREQUÊNCIA

- Acompanhamento do crescimento e sempre que necessário.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVO

- Detectar precocemente desvios na estatura;
- Acompanhar o crescimento infantil.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Lençol de papel;
- Papel toalha;
- Régua antropométrica horizontal pediátrica ou infantômetro (**Figura 1**);
- Antropômetro vertical ou Estadiômetro (**Figura 4**);
- Caderneta da Criança;
- Caderneta do Adolescente;
- Prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço.

**OBS.:** Para crianças que nasceram prematuras registrar no gráfico de crescimento para recém-nascido prematuro (RNPT) na Caderneta da Criança (pág. 87) até a 64ª semana de vida (1 ano e 4 meses de idade cronológica). Após isso, corrigir a idade até 2 anos ou até 3 anos (se idade gestacional ao nascer < 28 semanas) e registrar no gráfico de crescimento para a termo para peso de 0 a 2 anos (**Figura 3**), de 2 a 5 (**Figura 6**) (pág. 90 e 93).

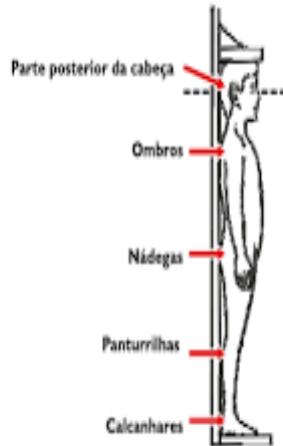
**Figura 1** Régua antropométrica horizontal



## PROCEDIMENTO

- Régua antropométrica pediátrica horizontal ou infantômetro (criança menor de 2 anos) (**figura 2**)
- Reunir o material;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Higienizar as mãos, segundo POP 2.1;
- Chamar o paciente e acompanhante pelos nomes, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado;
- Pedir ajuda do acompanhante para manter a cabeça da criança apoiada na parte fixa da régua, em plano de Frankfurt (pescoço reto e a queixo afastado do peito), ombros, nádegas e calcanhares totalmente em contato com a superfície de apoio do equipamento;
- Pressionar cuidadosamente os joelhos para baixo no intuito de deixá-los estendidos, mantendo os pés juntos, em ângulo reto (90°) com as pernas;
- Levar a parte móvel da régua ao encontro das plantas dos pés, sem que se movam para que possa realizar a leitura com segurança (parte interna da régua);
- Registrar na Caderneta da Criança e no prontuário impresso ou eletrônico;
- Realizar novamente assepsia do equipamento;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Antropômetro vertical ou estadiômetro (criança a partir de 2 anos e adolescentes).



- Reunir o material;
- Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário;
- Higienizar as mãos, segundo POP 2.1;
- Chamar o paciente e/ou acompanhante pelos nomes, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado;
- Posicionar a criança ou adolescente ou adulto em posição de pé, ereta, descalça e com pés em ângulo reto (90°) com pernas, braços ao longo do corpo e a cabeça erguida, livre de adereço e olhar fixo para um ponto na altura dos olhos ou em plano de Frankfurt (pescoço reto e a queixo afastado do peito) e, juntamente com escápula, glúteo, panturrilha e calcanhares (ou pelo menos três dessas regiões) deve estar totalmente em contato com a superfície de apoio do estadiômetro;
- Abaixar a parte móvel da régua ao encontro do ponto médio superior da cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo, retirar a pessoa do equipamento, seguro de que a mesma não se mexeu, e realizar a leitura (parte interna da régua) sem soltar a parte móvel;
- Registrar na Caderneta da Criança e no prontuário impresso ou eletrônico;
- Realizar novamente assepsia do equipamento;
- Higienizar as mãos;

Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

**Figura 4** Antropômetro vertical ou Estadiômetro

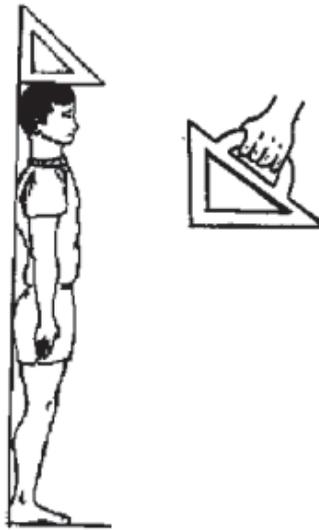


Uso de fita métrica flexível, não elástica ou inextensível fixada na parede.

- Fixar a fita métrica flexível, não elástica ou inextensível, com fita dupla face, em uma parede reta e lisa, com ponto zero à altura de 20 cm do chão, se houver rodapé e no chão, caso não haja;
- Posicionar a criança ou adolescente em posição de pé, ereta, descalça e com pés em ângulo reto (90°) com pernas, braços ao longo do corpo e a cabeça erguida, livre de adereço e olhar fixo para um ponto, na altura dos olhos ou em plano de Frankfurt (pescoço reto e a queixo afastado do peito), e, juntamente com escápula, glúteo, panturrilha e calcanhares (ou pelo menos três dessas regiões) deve estar totalmente em contato com a parede;
- Colocar uma prancheta ou objeto plano e largo no ponto médio superior da cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo, retirar a pessoa do equipamento, seguro de que a mesma não se mexeu, e realizar a leitura (parte inferior da prancheta);

- Acrescentar 20 cm ao valor encontrado se foi em parede com rodapé;
- Registrar na Caderneta da Criança e no prontuário impresso ou eletrônico e do adolescente (10 a 19 anos incompletos);
- Realizar novamente assepsia da fita métrica;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Técnica de aferição da estatura



OBS.: Existe uma **diferença de 0,7 cm** entre a estatura da criança medida em decúbito dorsal (**deitada**) e em posição ereta (**em pé**). Portanto, ao medir uma

- Criança de **2 anos ou mais, deitada**, deve-se **subtrair 0,7 cm** do valor encontrado, antes de ser registrado no gráfico de 2 a 5 anos;
- Criança **menor que 2 anos, de pé**, o **valor** encontrado deve **ser acrescido de 0,7 cm** antes de ser registrado no gráfico de 0-2 anos.

**CIRCUNFERÊNCIAS  
EM PEDIATRIA -  
AFERIÇÃO DOS  
PERÍMETROS  
CEFÁLICO,  
TORÁCICO E  
ABDOMINAL**

## O QUE REALIZAR

Aferição dos perímetros cefálico, torácico e abdominal

## FREQUÊNCIA

Acompanhamento do crescimento e sempre que necessário.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVO

- Detectar precocemente desvios na circunferência da cabeça;
- Realizar o seguimento individual de crianças que apresentem aumento ou diminuição muito acentuada da cabeça, como nos casos de hidrocefalia ou microcefalias, além das neuropatologias.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Fita métrica flexível, não elástica ou inextensível (**Figura 1**);
- Caderneta da Criança;
- Prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço.

**OBS.:** Para crianças que nasceram prematuras (< 37 semanas de IGidade gestacional) registrar no gráfico de crescimento para recém-nascido prematuro (RNPT) presente na Caderneta da Criança (pág. 87) até a 64ª semana de vida (1 ano e 4 meses de idade cronológica) (**Figura 3**). Após isso, corrigir a idade até 2 anos e até 3 anos (se IG ao nascer < 28 semanas) e registrar no gráfico de crescimento para a termo (pág. 88) (**Figura 4**).

**OBS.:** Deve-se considerar que um PC menor que 32 cm ao nascimento deve ser investigado e acompanhado com atenção, com vistas a detecção precoce da microcefalia, principalmente (COLLET, TOSO, VIERA, 2019).

## PROCEDIMENTO

### 1. PERÍMETRO CEFÁLICO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos, segundo POP 2.1;
- Chamar o paciente e acompanhante pelos nomes, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado;
- Posicionar a criança em posição dorsal com a cabeça voltada para cima ou sentada;
- Ajustar a fita métrica em torno da cabeça, em seu maior perímetro, das bordas supraorbitárias (logo acima da sobrancelha), passando sobre a linha supra auricular até a proeminência occipital (polo occipital) (**Figura 2**).
- A leitura da medida encontrada deverá ser obtida no ponto de encontro da fita métrica;
- Realizar anotação na Caderneta da Criança, no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço;
- Interpretar o resultado conforme o gráfico do PC para idade (0-2) e sexo (masculino e feminino);
- Realizar novamente assepsia da fita métrica;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Figura 1 - Fita métrica flexível, não elástica ou inextensível



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

Figura 2 - Medição do perímetro cefálico



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)(A)

## 2. PERÍMETRO TORÁCICO

- Além dos passos iniciais, deve
- Posicionar a criança em posição dorsal;
- Ajustar a fita métrica em torno do tórax, em seu maior perímetro, a altura da linha intermamilar (**Figura 5**).
- A leitura da medida encontrada deverá ser obtida no ponto de encontro da fita métrica.

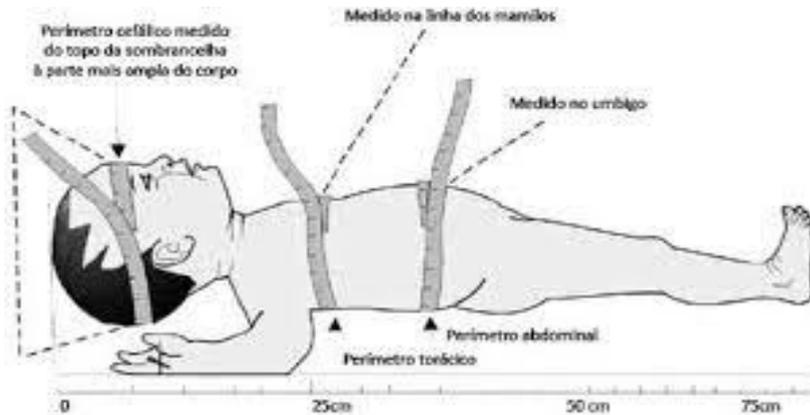
**OBS.:** A relação entre perímetro torácico (PT) é acompanhada até os 6 meses: **ao nascer** o PC é > que o PT, geralmente 2 cm; **aos 6 meses:** PC = PT; e **acima dos 6 meses:** PC é < PT (COLLET, TOSO, VIERA, 2019).

## 3. PERÍMETRO ABDOMINAL

- Além dos passos iniciais, deve
- Posicionar a criança em posição dorsal;
- Ajustar a fita métrica em torno do abdome, em seu maior perímetro, a altura da cicatriz umbilical (**Figura 2**).
- A leitura da medida encontrada deverá ser obtida no ponto de encontro da fita métrica.

**OBS.:** No caso do recém-nascido, deve colocar a fita acima do coto umbilical até a mumificação completa e separação desse coto do anel umbilical. Ademais, não se deve colocar abaixo do coto devido a medida sofre influência do volume da bexiga dependendo do conteúdo urinário, evitando assim, leitura equivocada.

## Aferição dos perímetros cefálico, torácico e abdominal



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. 273 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cab-no-33-saude-da-crianca-crescimento-e-desenvolvimento/>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2020. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJvJqj7r73AhX4A7kGHUI5BhQQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.sau.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_crianca\\_menino\\_2ed.pdf&usg=AOvVaw1k0WcMtrGraQiif-bDkg5V](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJvJqj7r73AhX4A7kGHUI5BhQQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.sau.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_crianca_menino_2ed.pdf&usg=AOvVaw1k0WcMtrGraQiif-bDkg5V). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta do Adolescente**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiF\\_pjC7r73AhWcBbkGHWBvAKQQFnoECAwQAQ&url=http%3A%2F%2F189.28.128.100%2Fdab%2Fdocs%2Fpublicacoes%2Fcadernos\\_ab%2Fabcad24.pdf&usg=AOvVaw23iYWvBjDj-gAr0KvClobyZ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiF_pjC7r73AhWcBbkGHWBvAKQQFnoECAwQAQ&url=http%3A%2F%2F189.28.128.100%2Fdab%2Fdocs%2Fpublicacoes%2Fcadernos_ab%2Fabcad24.pdf&usg=AOvVaw23iYWvBjDj-gAr0KvClobyZ). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. 377 p. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 234 p. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2599>. Acesso em: 01 maio 2022.

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

# CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

## O QUE REALIZAR

Índice de Massa Corporal para criança e adolescente

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVO

- Detectar precocemente alterações no estado nutricional, como o excesso de peso.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Caderneta da Criança (figura 2);
- Caderneta do Adolescente (figura 2);
- Prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço.

**OBS.:** O SISVAN recomenda a classificação do Índice de Massa Corporal/IMC proposta pela Organização Mundial da Saúde, tanto para menores de 5 anos (WHO, 2006), como para crianças a partir dos 5 anos e adolescentes (WHO, 2007).

## PROCEDIMENTO

- Aferir peso (ver POP 4.2) e comprimento e altura (ver POP 4.3)
- Calcular o índice de Massa corporal pela fórmula:  $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura}^2 \text{ (m)}$ ;
- Realizar anotação na Caderneta da criança e do adolescente, no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço;
- Interpretar o resultado conforme o gráfico do IMC para idade (0-2; 2-5, 5 a 10 e 10 a 19 anos incompletos) e sexo (masculino e feminino);

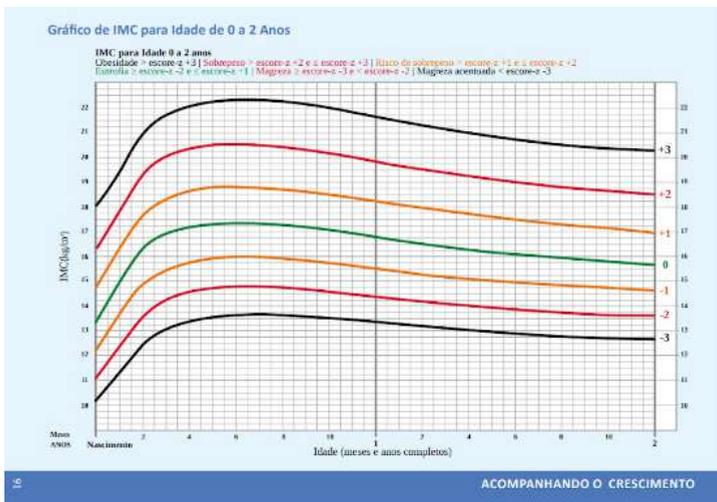
- Higienizar as mãos segundo POP 2.1;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Figura 1- Gráficos do IMC presentes nas cadernetas da criança e do adolescente

A



B



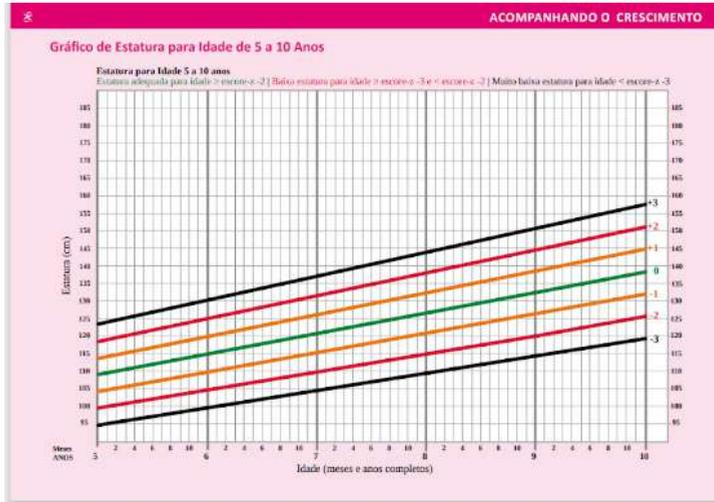
C



D



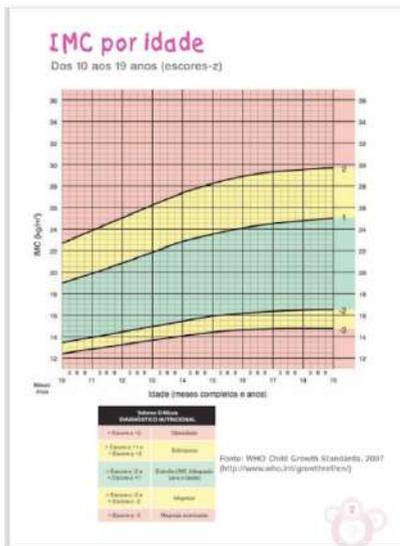
E



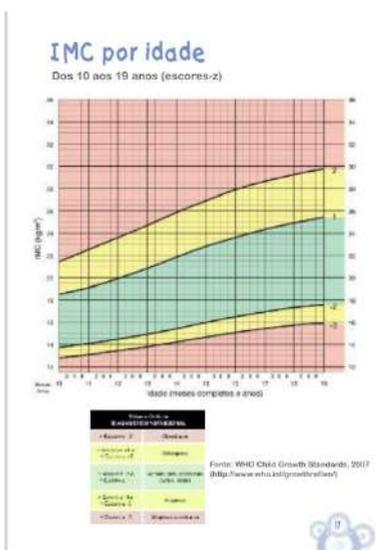
F



G



H



Fonte – BRASIL, 2020; 2014.

Legenda: A (Gráfico IMC menina de 0-2 anos); B (Gráfico IMC menina de 25 anos); C (Gráfico IMC menina de 5-10 anos); D (Gráfico IMC menino de 0-2 anos); E (Gráfico IMC menino de 2-5 anos); F (Gráfico IMC menino de 5-10 anos); G (Gráfico IMC adolescente menina de 10-19 anos) e H (Gráfico IMC adolescente menino de 10-19 anos).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2020. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJvJqj7r73AhX4A7kGHUI5BhQQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvvsms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_crianca\\_menino\\_2ed.pdf&usg=AOvVaw1k0WcMtrGraQiif-bDkg5V](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJvJqj7r73AhX4A7kGHUI5BhQQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvvsms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_crianca_menino_2ed.pdf&usg=AOvVaw1k0WcMtrGraQiif-bDkg5V). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 234 p. Disponível em: <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2599>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. 273 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/cab-no-33-saude-da-crianca-crescimento-e-desenvolvimento/>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta do Adolescente**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiF\\_pjC7r73AhWcBbkGHWBvAKQQFnoECAwQAQ&url=http%3A%2F%2F189.28.128.100%2Fdab%2Fdocs%2Fpublicacoes%2Fcadernos\\_ab%2Fabcad24.pdf&usg=AOvVaw23iYWvBjDjgAr0KvClobyZ](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiF_pjC7r73AhWcBbkGHWBvAKQQFnoECAwQAQ&url=http%3A%2F%2F189.28.128.100%2Fdab%2Fdocs%2Fpublicacoes%2Fcadernos_ab%2Fabcad24.pdf&usg=AOvVaw23iYWvBjDjgAr0KvClobyZ). Acesso em: 01 maio 2022.

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. 377 p. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 01 maio 2022.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; RODGERS, C. C. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Nº 4.6

# AFERIÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA

## O QUE REALIZAR

Aferição da circunferência da cintura

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Detectar a distribuição de gordura, visto que algumas complicações, como as doenças metabólicas crônicas, estão associadas à deposição da gordura abdominal.

## EM QUE LOCAL

Unidades Saúde da Família, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Algodão;
- Álcool a 70%;
- Fita métrica flexível, não elástica ou inextensível;
- Caderneta do Adolescente;
- Prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço.

**OBS.:** Apesar de padronizada para os adultos, estudo realizado com adolescentes evidenciou que “os pontos de corte de **circunferência da cintura** de acordo com o estadiamento puberal demonstraram excelente desempenho para a identificação de sobrepeso, podendo ser considerados fidedignos para a população de adolescentes brasileiros, uma vez que utilizar apenas a idade cronológica na adolescência pode subestimar o estado nutricional”. Assim, os pontos de corte com maior desempenho na curva ROC foram: 71,65 cm para meninas pré-púberes, 67,90 cm para meninas púberes, 70,25 cm para meninas pós-púberes e 66,45 cm para meninos púberes (SANTOS et al, 2019).

## PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos, segundo POP 2.1;
- Chamar o paciente e acompanhante pelos nomes, apresentar-se e explicar o procedimento que será realizado;
- Posicionar o adolescente em posição de pé, ereta, com abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas;
- Afastar a roupa de forma que a região da cintura fique despida (nunca realizar por cima da roupa ou cinto);
- Realizar uma marcação pequena a caneta no ponto médio entre a borda inferior da última costela e o osso do quadril (crista ilíaca), visualizado na frente da pessoa, do lado direito ou esquerdo;
- Segurar o ponto zero da fita métrica com uma mão e com a outra passar a fita ao redor da cintura sobre a marcação realizada;
- Verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; não deve ficar larga, nem apertada;
- Pedir à pessoa que inspire e, em seguida, que expire totalmente;
- Realizar a leitura imediata, antes que a pessoa inspire novamente;
- Realizar anotação na Caderneta do adolescente, no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço;
- Realizar novamente assepsia da fita métrica;
- Higienizar as mãos;
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

**Figura 9:** Técnica de aferição da circunferência da cintura

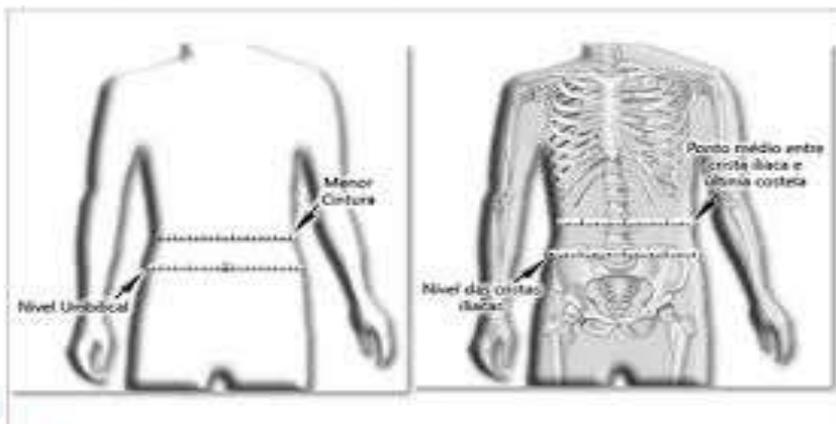


Fig. 1 - Atribuição dos pontos anatômicos utilizados para a aferição do perímetro da cintura



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. – Brasília: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. 377 p. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 01 mai. 2022.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D.; RODGERS, C. C. **Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

KYLE, T. **Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SANTOS, I. A. et al. Pontos de corte de circunferencia da cintura de acordo com o estadiamento puberal para identificar sobrepeso em adolescentes. **Rev Paul Pediatr**. 2019;37(1): 49-57. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiPz6mL8b73AhUip5U->

CHX9ACn4QFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fj%2Ffrpp%2Fa%2FgVk57RnkNWGsHQhRD7rMdrJ%2F%3F-format%3Dpdf%26lang%3Den&usg=AOvVaw1V-v8\_uo1DSAax-658cSUYh. Acesso em: 01 mai. 2022.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes para cardiologistas sobre excesso de peso e doença cardiovascular dos departamentos de aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR. **Arq Bras Cardiol.** v. 78, n.1, p. 1-13, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/B8mn5cX6r36ZGppzM79yNkv/?lang=pt>. Acesso em: 01 mai. 2022.

POP Nº 4.7

# ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA

## O QUE REALIZAR

Administração de medicamento via oral, nasal, otológica, oftalmológica e retal

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Administrar medicamentos com apresentação em cápsulas, suspensão, gotas, comprimidos e pós, que serão absorvidos pelo trato gastrointestinal.
- Administrar medicamentos com apresentação em gotas ou spray que serão absorvidos pelo mucosa nasal ou otológica;

## EM QUE LOCAL

Unidades Saúde da Família, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Copo (descartável e ou graduado), seringa, colher e/ou contagotas para administrar (se necessário) (figura 1);
- Água ou água destilada;
- Palito/colher para misturar (se necessário);
- Medicamento prescrito;
- Prescrição do medicamento a ser administrado (eletrônico ou impresso).

## RECOMENDAÇÕES

- Certificar-se antes de administrar o medicamento, se existe impedimento como alergia, jejum, problema de deglutição, estado de consciência, gravidez, hepatopatia e nefropatia, entre outros.

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

### **ESPECIFICIDADES PARA CRIANÇA/ADOLESCENTE**

- Atentar para as características peculiares da criança devido à idade e superfície corpórea, especificamente à absorção, distribuição, metabolismo e excreção de drogas.
- Estar atento para medicamento similares e a vírgula decimal na dose;
- Não administrar medicamento prescritos por apelido ou símbolos;
- Não tenta decifrar letras ilegíveis;
- Utilizar brinquedo terapêutico para que a criança possa se familiarizar com os materiais do procedimento, proporcionando espaço para extravasar angústias e sentimento e facilitar a aceitação;
- Não mentir ou enganar a criança dizendo “esse remédio não dói” ou “este é bom”, pois gerará na criança insegurança na equipe e receio no procedimento;
- Adequado é orientar a criança sobre a medicação e o procedimento, bem como que pode chorar ou reclamar diante disso;
- Orientar os pais a não ameaçar a criança com procedimentos como injeção, pois causará uma percepção de que a doença é uma punição e o medicamento é o castigo
- Evitar contensão desnecessária pois o objetivo é garantir a segurança do procedimento.
- Posicionar a criança menor semissentada no colo do cuidador.

### **ORIENTAÇÕES GERAIS**

- Conferir os nove certos na administração de medicamentos
- Paciente certo;
  - √ Medicamento certo;

- ✓ Dose certa;
- ✓ Hora certa;
- ✓ Via certa;
- ✓ Registro certo;
- ✓ Orientação certa;
- ✓ Forma certa;
- ✓ Resposta certa;
- Higienizar as mãos antes e depois de administrar o medicamento.

## PROCEDIMENTO

### ANTES DA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO

- Reunir o material a ser utilizado na bandeja, colocando o copo descartável contendo o medicamento com a identificação;
- Evitar o contato dos dedos diretamente com a medicação;
- Deixar para retirar o invólucro do medicamento (no caso de comprimidos, cápsulas, drágeas, pó) diante do usuário;
- Preparar o medicamento na apresentação de gotas, xaropes e suspensão ao nível dos olhos administrando exatamente a medida prescrita, como primeira dose na unidade;
- Ler cuidadosamente o rótulo do frasco antes de prepará-lo; e orientar o acompanhante sobre como proceder em casa, certificando-se de que o mesmo compreendeu ao descrever o que entendeu;
- Observar que alguns comprimidos são sulcados (possuem uma linha dividindo-o), de modo que possam ser partidos;
- Identificar o grau de dependência do usuário (verificar condições clínicas para prevenção de complicações e administração do medicamento adequado, principalmente nível de consciência, reflexo de deglutição, presença de náuseas, vômitos e sinais vitais);

### NO MOMENTO DA ADMINISTRAÇÃO

- Higienizar as mãos (POP 2.1);
- Reunir o material necessário;
- Conferir os 9 certos;
- Explicar ao usuário e ao cuidador/familiar o procedimento e informar o medicamento a ser administrado;

## ADMINISTRAÇÃO ORAL

### • Comprimidos / cápsulas

- Posicionar a criança/adolescente em decúbito dorsal elevado, ou no colo do acompanhante de forma favorável a administração do medicamento;
- Para o caso de dificuldade de deglutição, triturar e diluir o comprimido em água destilada na proporção necessária a ser administrada.
- Para o caso de cápsulas, retirar a capa e diluir em 5 ml de água destilada calcular a dose prescrita, administrar e desprezar o restante;
- Oferecer água até a completa deglutição do medicamento;
- Permanecer ao lado do usuário até que o medicamento seja deglutido;
- Certificar se o usuário deglutiou os medicamentos;

### • Líquidos

- Posicionar a criança/adolescente em decúbito dorsal elevado, ou no colo do acompanhante de forma favorável a administração do medicamento (figura 2);
- Xaropes e antibióticos devem ser rotulados com dia e hora ao serem abertos e/ou diluídos, para garantir o uso dentro do prazo de validade, geralmente de 7 a 10 dias para os antibióticos, ou armazenados em geladeira conforme alguns fabricantes.
- Utilizar copo, colher, conta-gotas, seringa ou copo descartável conforme idade da criança;
- Oferecer água até a completa deglutição do medicamento;
- Orientar a como o acompanhante procederá para continuidade da administração em casa.
- Em caso de dois medicamentos em um mesmo horário, colocar em copos separados;
- Permanecer ao lado do usuário até que o medicamento seja deglutido;
- Certificar se o usuário deglutiou os medicamentos;

## ADMINISTRAÇÃO NASAL

- **Instilação nas narinas**
- Aspirar secreções das vias aéreas superiores de criança menores ou solicitar que as demais o façam;
- Posicionar a criança/adolescente em decúbito dorsal, com uso de um coxim sob os ombros, e instilar o número de gotas prescritas, evitando introduzir o conta-gotas nas narinas;
- Manter a criança nesta posição por 3 minutos;
- Aspirar ou limpar as vias aéreas superiores após 15 a 20 minutos após a instilação;
- No caso do spray nasal, posição *semi-fowler*, inclinar a cabeça para trás instilar o spray em uma narina enquanto a outra estiver pressionada, e solicitar a criança/ adolescente (figura 3).

## ADMINISTRAÇÃO OTOLÓGICA

- **Instilação no ouvido**
- Aquecer o medicamento em banho maria ou entre as mãos para atingir a temperatura corporal;
- Realizar higiene do pavilhão auricular se necessário;
- Posicionar a criança em decúbito lateral direito ou esquerdo, conforme o ouvido afetado; tracionar a porção superior do pavilhão auricular para baixo e para trás (crianças menores de 3 anos) e para cima e para trás (criança maior de 3 anos) (figura 4);
- Manter a criança por 2 minutos na mesma posição e mantendo a tração e massagear.

## INSTILAÇÃO OFTALMOLÓGICA

- **Instilação nos olhos**
- Posicionar a criança/adolescente em decúbito dorsal elevado;
- Realizar higiene ocular com gaze estéril e solução fisiológica;
- Separar as pálpebras para expor o saco conjuntival, tracionando suavemente para baixo a pálpebra inferior, instilar as gotas prescritas neste local a 3 cm de distância, soltar as pálpebras e secar o excesso no sentido canto interno para o externo e de cima para baixo (figura 5);
- Crianças até 3 anos instilar diretamente no saco conjuntival.

## ADMINISTRAÇÃO TÓPICA

- **Aplicar na pele**
- Atentar para uso em lactentes tendo em vista o espessamento do estrato córneo, maior perfusão cutânea e hidratação da epiderme contribuírem para maior absorção;
- Realizar limpeza do local, retirando a camada anterior do produto e secar bem;
- Aplicar somente na região afetada por meio de gaze, que pode estar envolvendo uma espátula ou isolada, facilitando espalhar o medicamento (pomada ou creme).

## ADMINISTRAÇÃO RETAL

- Atentar para o volume a ser administrado conforme a idade (quadro 1)

Idade	Dose
Lactente	150 – 250 ml
Pré-escolar	250 – 350 ml
Escolar	350 – 500 ml
Adolescente	500 – 750 ml

- Respeitar a individualidade, garantindo privacidade com ambiente à porta fechada, uso de biombo e lençol, deixando exposta apenas a região necessária;

## SUPOSITÓRIOS

- Para lactentes posicionar em decúbito lateral esquerdo com joelhos fletidos junto ao tórax, Para criança maiores e adolescentes – flexionar a perna direita (posição de Sims);
- Realizar calmamente e orientar o acompanhante sobre tudo que está fazendo;
- Afastar os glúteos com uma gaze e com a outra mão enluvada introduzir o medicamento;
- Segurar os glúteos por 2 minutos após para impedir que faça força e libere o medicamento;
- Observar as características das evacuações após e registrar.

## ENEMA

- Lembrar de aquecer a solução em banho maria (37°C) e calçar luvas;
- Posicionar a criança conforme orientação para uso de supositórios, mas atentar para profundidade de introdução do tubo do medicamento (quadro 2), lembrar de interromper caso se perceba resistência;
- Solicitar que a criança respire profundamente quando o líquido estiver sendo introduzido;
- Comprimir o frasco lentamente, injetar a solução e solicitar a criança/adolescente que permaneça comprimindo os glúteos até sentir vontade de evacuar;
- Realizar ou orientar a higiene perineal após evacuação;
- Observar e registrar as características da evacuação;

Quadro 2 – Profundidade para inserção do tubo do medicamento;

Idade	Profundidade
Lactente	2,5 cm
2 – 4 anos	5 cm
4 – 10 anos	7,5 cm
Crianças maiores	10 cm

- Recolher o que deve ser guardado, desprezar o restante do material utilizado no lixo apropriado;
- Higienizar as mãos;
- Registrar na folha de observações complementares de enfermagem e comunicar ao enfermeiro aspectos relacionados a vômitos, recusa, reações, dificuldade de deglutição, etc;
- Registrar o procedimento em prontuário domiciliar e da Unidade.

Figura 1 - Dosadores de medicamentos



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br) (2021)

Figura 2. Posição para administrar medicamento por via oral



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br) (2021)

Figura 3. Posição para administrar medicamento por via nasal



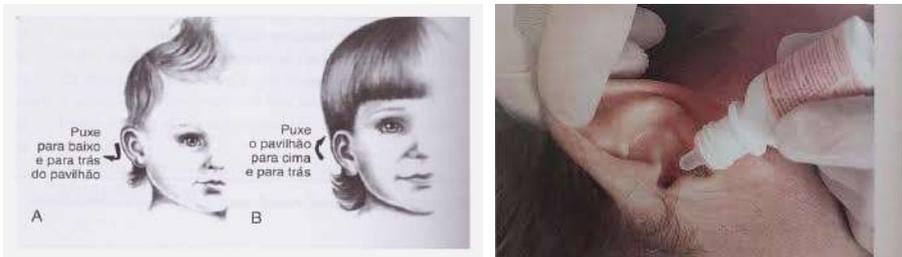
Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br) (2021)

Figura 4. Posição para administrar medicamento por via oftálmica



Fonte: [www.google.com.br](http://www.google.com.br) (2021)

Figura 5. Posição para administrar medicamento por via otológica



Fonte: HOCKENBERRY MJ, WILSON D. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento\\_referencia\\_programa\\_nacional\\_seguranca.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf). Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. 377 p. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 2.095/2013 – Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Anexo 3: Protocolo de segurança da prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/identificacao-dopaciente>. Acesso em: 25 mar. 2021.

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

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Uso seguro de medicamentos: guia para preparo, administração e monitoramento**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wpcontent/uploads/2018/05/Uso-seguro-de-medicamentos-Handout-29.11.2017-web.pdf> Acesso em: 25 mar.2021.

FACENF. **Procedimento Operacional Padrão**. POP/FACENF/004/2019. Disponível em: <https://www.ufjf.br/fundamentosenf/procedimentos-operacionais-padrao/>. Acesso em: 01 maio 2022.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook – Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 1ª edição, 2016.

POTTER, P. A. *et al.* **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018

POP N° 4.8

# TESTE DE SNELLEN

## O QUE REALIZAR

Teste de Snellen

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros

## OBJETIVOS

- Realizar a técnica da medida da Acuidade visual em estudantes, através da Escala de sinais de Snellen;
- Identificar alterações visuais em crianças e jovens matriculados na rede pública de ensino, como distúrbios de refração que necessitem do uso de óculos e encaminhamento para consulta com o oftalmologista;
- Dirimir problemas visuais que possam interferir no processo de ensino e aprendizagem e aumentar os riscos para a evasão escolar.

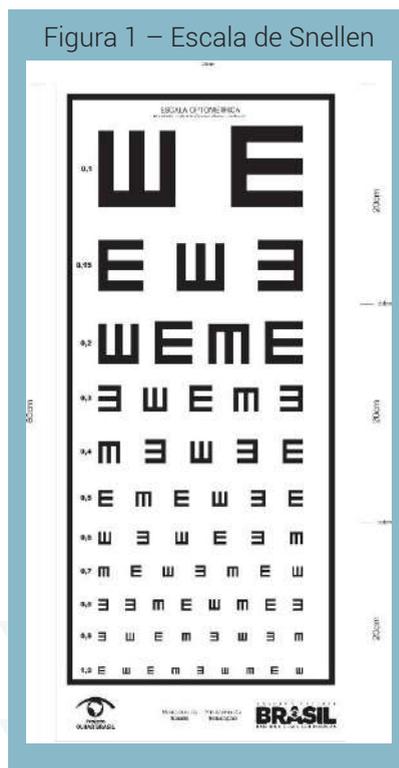
## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Escala de Sinais de Snellen (diagrama utilizado para avaliar a acuidade visual) (**Figura 1**);
- Um Lápis para apontar os optótipos (tipo de letra para exame de vista, usados pelos oftalmologistas, com vários tamanhos)

Figura 1 – Escala de Snellen



- Giz ou lápis piloto;
- Cadeira;
- Fita métrica;
- Fita Adesiva ou barbante;
- Impresso para anotação dos resultados

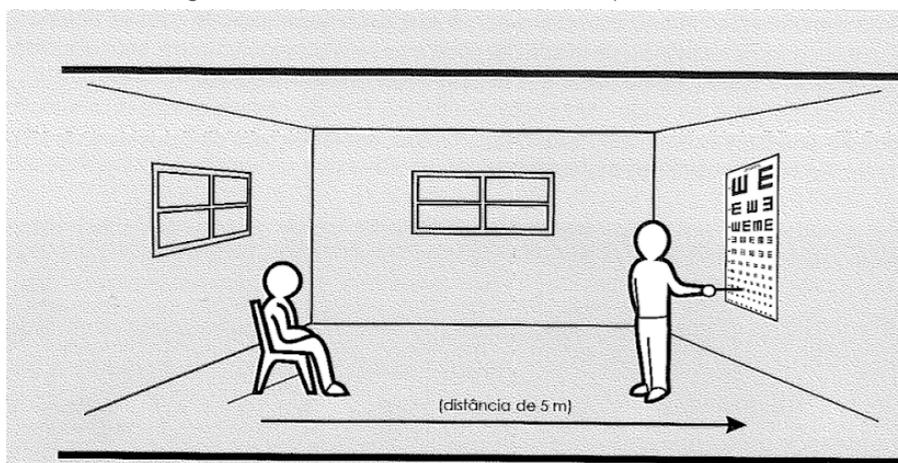
**Observação:** As crianças devem ser triadas pelo menos uma vez durante o antigo ensino primário (6 a 11 anos) e uma vez durante o início da adolescência (12-14 anos).

## PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos, segundo POP 2.1;

### PREPARAR O AMBIENTE PARA O EXAME (FIGURA 2)

Figura 2 - Posicionamento do usuário para o teste



Fonte: Ministério da Saúde. Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual: manual de orientação (2008)

- O local deve ser calmo, bem iluminado e sem ofuscamento;
- A luz deve vir por trás ou dos lados da pessoa que vai ser submetida ao teste;
- A Escala de Sinais de Snellen deve ser colocada numa parede a uma distância de cinco metros da pessoa a ser examinada;

- Deve-se evitar que a luz incida diretamente sobre a Escala de Sinais de Snellen;
- O profissional responsável pela triagem deve fazer uma marca no piso com giz ou fita adesiva, colocando uma cadeira de forma que as pernas traseiras desta coincidam com a linha demarcada;
- Em casos de pessoas com deficiência física (cadeirante) o teste poderá ser realizado na própria cadeira de rodas;
- As linhas de optótipos correspondentes a 0,8 a 1,0 devem estar situadas ao nível dos olhos do examinado;
- Em alguns casos em que o examinado apresente dificuldades de diferenciar qual optótipos está sendo apontado, sugere-se que o profissional utilize um papel de cor única para cobrir os optótipos vizinhos;

### **PREPARAR O USUÁRIO PARA APLICAÇÃO DO EXAME**

- O profissional deve apresentar-se, explicar e demonstrar o que vai ser realizado de modo coletivo ou individual, pois a prontidão da resposta ao teste, por parte do examinado, depende da sua compreensão em relação às instruções recebidas;
- O aplicador do teste deve chamar pelo nome, um estudante de cada vez, na sala reservada ao procedimento;
- Deve-se colocar a pessoa próxima à Escala de Sinais de Snellen e pedir-lhe que indique a direção para onde está voltado cada optótipo;
- O examinado realizará o teste binocular (com dois olhos abertos).

### **APLICAR O EXAME**

- O profissional deve ensinar o examinado a cobrir o olho com o oclutor, sem comprimi-lo, mantendo os dois olhos abertos; bem como se a pessoa usar óculos para longe deve mantê-los durante o teste;
- O profissional deverá apontar os optótipos com um objeto como um lápis, caneta, entre outros;

- Para apontar o símbolo a ser visto, o profissional deve colocar o objeto em posição vertical passando-o em cima e repousando abaixo do símbolo; mover com segurança e ritmicamente o objeto de um símbolo para outro;
- A medida da acuidade visual sempre deve ser realizada primeiramente no olho direito, com o esquerdo devidamente coberto com oclusor; e depois utilizar a mesma conduta para medir a acuidade visual no olho esquerdo
- O exame deve ser iniciado com os optótipos maiores, continuando a sequência de leitura até onde a pessoa consiga enxergar sem dificuldade;
- O profissional deve mostrar pelo menos dois símbolos de cada linha;
- Se o estudante tiver alguma dificuldade numa determinada linha, mostrar um número maior de sinais da mesma linha, e caso a dificuldade continue, voltar à linha anterior;
- A acuidade visual registrada será o número decimal ao lado esquerdo da última linha em que a pessoa consiga enxergar mais da metade dos optótipos, exemplo: numa linha com 6 optótipos, o examinado deverá enxergar no mínimo 4;
- Todos os educandos que não atingirem 0,7 devem ser retestados, e valerá o resultado em que a medida da acuidade visual foi maior;
- Se a pessoa que estiver sendo examinada não conseguir identificar corretamente os optótipos maiores, ou seja, aqueles da 1ª linha da escala de Snellen, deverá ser anotado, Acuidade Visual (AV) como menor que 0, 1;
- Atenção especial deve ser dada à anotação dos dados. É muito comum a troca da anotação dos dados do olho direito com o olho esquerdo. Por isso, anotar sempre os resultados do olho direito, antes de iniciar o teste no olho esquerdo;
- Observar e registrar se durante a medida da acuidade visual o examinado apresenta algum sinal ou sintoma ocular, tais como: lacrimejamento, inclinação persistente de cabeça, piscar contínuo dos olhos, desvio ocular (olho “vesgo”), cefaleia (dor de cabeça), testa franzida ou olhos semicerrados, entre outros.

- Lembrar que este sinal ou sintoma deverá ser anotado como observação na ficha de resultado da triagem que estará em anexo como sugestão aos gestores;

## ENCAMINHAR PARA OFTALMOLOGISTA

- Encaminhar como prioridade os casos em que no momento da triagem, independente do resultado da avaliação da acuidade visual, o estudante apresente ou relate: acuidade visual (com correção) inferior a 0,1 em qualquer um dos olhos; quadro agudo (olho vermelho, dor, secreção abundante, dentre outros sinais e sintomas); ou trauma ocular recente;
- Encaminhar de modo regular os casos de: acuidade visual com correção inferior ou igual a 0,7; estrabismo (olho torto); paciente com diabetes; ou outros sintomas oculares (prurido, lacrimejamento ocasional, cefaleia).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual: manual de orientação**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008. 24 p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwigtduQ8773AhX-rpUCHbuQAH8QFnoECAQQAQ&url=http%3A%2F%2Fportal.mec.gov.br%2Fdocman%2Fnovembro-2009-pdf%2F-1863-pse-manual-olharbrasil&usg=AOvVaw0Q3qDQvOjBkaPUS-6ni6U6Q>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Projeto Olhar Brasil**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. 2 p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi2gJGg9L73AhUuqZUCHahHC-24QFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Ffolder%2Fprojeto\\_olhar\\_brasil.pdf&usg=AOvVaw-1zPCwYR0VlkEo27ozOw78b](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi2gJGg9L73AhUuqZUCHahHC-24QFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Ffolder%2Fprojeto_olhar_brasil.pdf&usg=AOvVaw-1zPCwYR0VlkEo27ozOw78b). Acesso em: 01 maio 2022.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão POPs**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 523 p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web>

&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiEpP08773AhW6s5UCHdmCDmYQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ribeiraopreto.sp.gov.br%2Ffiles%2Fssaude%2Fpdf%2Fmpop.pdf&usg=AOv-Vaw2qFL003kHU5RqUVaUF1dJ3. Acesso em: 01 maio 2022.

POP Nº 4.9

**NEBULIZAÇÃO/  
INALAÇÃO  
EM CRIANÇA/  
ADOLESCENTE**

## O QUE REALIZAR

Nebulização/inalação em criança/adolescente

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Todos os profissionais da equipe de Enfermagem

## OBJETIVOS

- Melhorar as condições respiratórias da criança e adolescente mediante a oferta de O<sub>2</sub> adicional;
- Umidificar as vias aéreas;
- Liquidificar as secreções;
- Eliminar a hipoxemia que pode desencadear hipóxia tecidual.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Conjunto de Nebulização/inalação: máscara, copo, prolongamento;
- Solução fisiológica a 0,9%;
- Medicação prescrita (broncodilatadores, mucolíticos, descongestionantes, corticoides ou antimicrobianos);
- Rede de ar comprimido;
- Fluxômetro;
- Prolongamentos estéreis.

OBS.: A inalação pode ser feita com espaçador, e para tanto o profissional deve

- Posicionar a criança/adolescente em posição confortável;
- Agitar o dosímetro, adaptar ao espaçador;

- Para lactentes e crianças menores, ajustar a máscara do espaçador a face;
- Para crianças e adolescentes colocar o bocal de saída na sua boca;
- Aplicar um jato de cada vez e aguardar no mínimo 10 segundos para administrar outro jato.

### Observação

1.O uso da inaloterapia com O<sub>2</sub> só deve ser feito quando a criança/adolescente está em oxigenoterapia ou está prescrito pelo médico, visto que o uso de O<sub>2</sub> é uma terapia medicamentosa, além de seu uso abusivo provocar danos à saúde da criança;

2.Não coloque a máscara na criança enquanto ela chora, exceto quando o mesmo estiver dispneico e não houver tempo para aguardar acalmar. A justificativa é que a criança terá uma péssima experiência e será mais difícil fazer inalações tranquilas no futuro. Além disso, chorar afetará a respiração e a nebulização como um todo.

### PROCEDIMENTO

- Verificar o funcionamento do compressor;
- Conferir o nome do paciente, do medicamento, a dose e a forma de administração (9 certos);
- Avaliar o histórico de saúde e de alergias medicamentosas e alimentares do paciente listar de forma extremamente clara no prontuário do paciente caso haja algum relato;
- Preparar a criança, principalmente a menor de 8 anos utilizando o brinquedo terapêutico no intuito de dirimir o medo, choro e aumentar o êxito no procedimento;
- Higienizar as mãos (ver POP 2.1);
- Reunir o material;
- Preparar adequadamente a medicação prescrita;
- Verificar se a máscara tem o tamanho adequado a face da criança;

- Posicionar a criança em posição de semi-**fowler** na mesa de exame ou cadeira ou se menor, no colo da mãe/cuidador ou acompanhante, em posição vertical (**Figura 1**);
- Conectar o nebulizador ao fluxômetro na fonte de ar comprimido;
- Regular a saída de ar comprimido entre 5 e 10 litros/minuto observando-se a formação de névoa;
- Ajustar a máscara na face da criança/adolescente, envolvendo nariz e boca, auxiliando e segurando se for necessário;
- Orientar quanto manter a boca semiaberta e inspirar profundamente durante o procedimento, quando possível;
- Aguardar 10 minutos;
- Após término da inalação, desligar a fonte de ar comprimido e solicitar à criança/adolescente que expectore, e no caso da impossibilidade ou em criança menores, realizar aspiração, se necessário;
- Confortar a criança;
- Realizar desinfecção rotineira do material após o uso;
- Higienizar as mãos (ver POP 2.1);
- Anotar no prontuário do paciente ou formulário padronizado pelo serviço os sinais vitais, nível de consciência e oximetriano prontuário do paciente;
- Realizar limpeza concorrente das superfícies com água e sabão e, depois, fazer a desinfecção com álcool a 70%.
- Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

Figura 1 – Como posicionar a criança durante o procedimento



Fonte: <https://pt.wikihow.com/Usar-um-Nebulizador-em-uma-Crian%C3%A7a#Refer.C3.AAncias>

**Legenda:** A) Lactente; B) Brinquedo para distrair a criança; C) Criança e adolescente

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. 377 p. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 01 maio 2022.

COLLET, N.; TOSO B. R. G. O.; VIERA, C. S. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. 3. ed. Goiânia: Editora AB, 2019.

FORTALEZA. Secretaria Municipal da Saúde. **Procedimentos Operacionais Padrão**. Fortaleza, 2016. 183p. Disponível em: [https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes\\_Clinicas\\_2016/pops-1.pdf](https://saude.fortaleza.ce.gov.br/images/Diretrizes_Clinicas_2016/pops-1.pdf). Acesso em: 01 maio 2022.

OLIVEIRA, R. G. **Blackbook – Enfermagem**. Belo Horizonte: Blackbook, 1ª edição, 2016.

POP Nº 4.10

# VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

## O QUE REALIZAR

Vigilância do Desenvolvimento Infantil (vdi)

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros

## OBJETIVOS

- Realizar a vigilância do desenvolvimento infantil;
- Identificar possíveis alterações e intervir em tempo oportuno;
- Promover estimulação precoce para um desenvolvimento saudável.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Mesa de exame;
- Fita métrica não elástica;
- Caixa de vigilância do desenvolvimento infantil (**Figura 1**) com brinquedos para estimular a criança emitir respostas motoras, de linguagem, afetivas e sociais.
- Instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil apresenta na Caderneta da Criança (CC);
- Prontuário impresso ou eletrônico;

### Observação

A vigilância do desenvolvimento infantil (VDI) deve ser aplicada em cada consulta da criança entre o 3º e 5º dia de vida até final da infância da primeira infância, conforme o calendário definido pelo Ministério da Saúde, ou quando necessário. Todavia, cabe atentar que diante da neuroplasticidade cerebral ou janela de oportunidade

neuropsicomotora, os primeiros 3 anos ou primeiríssima infância representam o período mais importante para intervenção precoce e conquistas no desenvolvimento infantil (NCPI, 2020).

Figura 1 – Caixa de VDI elaborada conforme os marcos do desenvolvimento por faixa Etária.



Fonte: Autora, 2020

Quadro 1 – Lista de objetos ou brinquedos que compõem a caixa de VDI

Objetos ou brinquedos
• Pompom vermelho
• Chocalho
• Brinquedo pequeno (carrinho Hot weels, animal)
• Fralda ou flanela
• Bolinha de papel ou grão de feijão
• Caneca
• Bloco de madeira quadrado
• Talheres (garfo ou colher)
• Figuras impressas (pássaro, cachorro, gato, flor, carro) + menino + cavalo
• Bola
• Blocos da mesma cor (azul, amarelo, branco, vermelho, verde)
• Lápis e folha de papel em branco (desenhe círculo, cruz)
• Folha com duas linhas de tamanhos diferentes

Fonte: Autora, 2021

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2ª edição, 2020. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJvJqj7r73AhX4A7kGHUI5BhQQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_crianca\\_menino\\_2ed.pdf&usg=AOvVaw1k0WcMtr-GraQiif-bDkg5V](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiJvJqj7r73AhX4A7kGHUI5BhQQFnoECAgQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_crianca_menino_2ed.pdf&usg=AOvVaw1k0WcMtr-GraQiif-bDkg5V). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal**. Brasília-DF: Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, 2017. 377 p. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/guia-de-enfermagem-da-atencao-primaria-a-saude-e-lancado-no-df/>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 74 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_quadros\\_procedimentos\\_aidpi\\_crianca\\_2meses\\_5anos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf). Acesso em: 01 maio 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKE-wiuudSk9r73AhVsmJUCHcc5AkcQFnoECAcQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.nescon.medicina.ufmg.br%2Fbiblioteca%2Fimagem%2F1711.pdf&usg=AOvVaw0Uji6Udt5HcWRvsXM-OYaL>. Acesso em: 01 maio 2022.

## CAPÍTULO 5

# SAÚDE DA MULHER

*As mulheres em particular, precisam ficar de olho na sua saúde física e mental, porque se estamos em um mundo cheio de compromissos, não temos muito tempo para cuidar de nós mesmas.*

*Michelle Obama*

### **Elaboração**

---

**Aleksandra Pereira Costa**  
**Elma Galdino Brandão**  
**Elisabete Oliveira Colaço**  
**Jank Land Simôa Almeida**  
**Laudeci Brito Batista**  
**Roberta Lima Gonçalves**

# CAPÍTULO 5

5.1 Teste Rápido de Gravidez

5.2 Consulta de Pré-Natal

5.3 Visita e Consulta de Enfermagem Puerperal na Atenção Primária

5.4 Realização do Citopatológico Cérvico-Vaginal

5.5 Realização do Rastreamento Do Câncer De Mama

5.6 Inserção do DIU

POP N° 5.1

# TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ

## OBJETIVOS

- Acolher a mulher promovendo uma escuta imparcial, respeitando sua autonomia e ofertando as informações necessárias para lidar emocionalmente com o resultado não esperado;
- Promover a detecção precoce da gravidez para o início adequado do pré-natal;
- Viabilizar a escolha do método contraceptivo para promoção de anticoncepção de emergência diante dos casos de relação sexual desprotegida nos últimos 5 (cinco) dias, ocorrência de violência sexual, entre outras situações.

## RECOMENDAÇÕES

- O Teste Rápido de Gravidez (TRG) é indicado para mulheres que estão em idade fértil e que apresentam atraso menstrual. Vale salientar que o tempo de atraso para realização do teste deve ser igual ou superior a 7 (sete) dias.
- O TRG deve ser realizado, de preferência com a primeira urina do dia.

## ORIENTAÇÕES GERAIS

- Deve ser realizado o acolhimento da mulher na unidade, a escuta qualificada e disponibilizada as informações necessárias para a realização do teste. O insumo pode ser entregue à mulher adulta, jovem, adolescente ou à parceria sexual, além disso, o teste pode ser realizado dentro ou fora da unidade, sendo respeitada a autonomia e o sigilo da mulher.
- Durante a entrega do TRG, o profissional deve realizar o controle do estoque, a partir da rotina do serviço.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro

## MATERIAIS NECESSÁRIOS E AMBIÊNCIA

- Teste rápido de gravidez;
- Frasco para coleta da amostra de urina; e
- Luva de procedimento.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais

## PROCEDIMENTOS

### ANTES DA COLETA

- Acolher a mulher;
- Orientar que para a realização do teste a mulher não deve estar apresentando sangramento, ou estar utilizando pomadas ou cremes vaginais;
- Perguntar sobre o período de amenorreia, irregularidade menstrual, e relação sexual desprotegida a menos de uma semana antes da realização do teste.

### NO MOMENTO DA COLETA

- Entregar o frasco para coleta da amostra;
- Encaminhar a mulher ao sanitário para realização da coleta da amostra de urina;
- Coletar a primeira urina da manhã, a fim de conter uma maior concentração do hormônio Hcg;
- Orientar a usuária quanto a realização da higiene do local, desprezo do primeiro jato e coleta de dois dedos de urina;
- O profissional deve realizar a higienização simples das mãos ou conforme procedimento operacional de fricção antisséptica das mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Receber o frasco com a amostra de urina;
- Abrir a embalagem do teste, retirar a fita e mergulhar a extremidade indicada pelas setas na amostra coletada. A amostra não deve ultrapassar a linha indicada;
- Após 3 a 5 segundos, a fita deve ser retirada do recipiente e colocada sobre uma superfície plana;
- O recipiente e conteúdo devem ser descartados em local adequado;
- A leitura do teste deve ser realizada após 5 minutos;

- Os resultados não devem ser interpretados após esse período de 5 minutos, pois as baixas concentrações do hormônio hCG podem reproduzir uma linha fraca um tempo prolongado, o que gera confusão na interpretação do resultado;
- Deve-se descartar a tira teste após leitura e interpretação do resultado;
- Para realização do teste e interpretação do resultado, é necessário seguir as orientações do fabricante, visto que pode mudar de acordo com a marca do teste;
- Após o resultado positivo ou negativo, devem ser ofertadas as orientações baseadas no protocolo de atendimento da SMS.

### ORIENTAÇÕES PÓS-TESTE

- Fortalecer a importância do pré-natal, no caso da confirmação da gravidez. Em caso negativo, apresentar o panorama de planejamento reprodutivo disponível e os métodos contraceptivos para escolha da mulher.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na atenção básica: guia técnico.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. 16 p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjru178D3AhXuA7kGHArzA8cQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvvsms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Fteste\\_rapido\\_gravidez\\_guia\\_tecnico.pdf&usg=AOvVaw3zEyg3wgOyKpX28nmWVziK](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjru178D3AhXuA7kGHArzA8cQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvvsms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Fteste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf&usg=AOvVaw3zEyg3wgOyKpX28nmWVziK). Acesso em: 02 maio 2022.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs.** Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2020. 523 p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj27OTI78D3AhVnErkGHbGYD6sQ-FnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ribeiraopreto.sp.gov.br%2Ffiles%2Fssaude%2Fpdf%2Fm-pop.pdf&usg=AOvVaw2q-FL003kHU5RqUVaUF1dJ3>. Acesso em: 02 maio 2022

POP Nº 5.2

# CONSULTA DE PRÉ-NATAL

## O QUE REALIZAR

Consulta de Pré-natal

## OBJETIVOS

- Captar precocemente as gestantes, incluindo o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal;
- Reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade;
- Identificar fatores de risco gestacional o mais precocemente possível;
- Identificar patologias e prover terapêutica;
- Garantir o estado geral da gestante até melhorá-lo;
- Prevenir doenças específicas à gestação;
- Orientar hábitos de vida adequados à gestação;
- Propiciar adaptação do organismo materno;
- Prover assistência emocional;
- Favorecer o preparo psicoemocional para o parto;
- Orientar a gestante sobre puericultura neonatal
- Controle rigoroso de terapêuticas para evitar iatrogenia;
- Prevenção de malformações;
- Identificar crescimento retardado ou aumentado;
- Prevenção do abortamento, parto prematuro e do óbito perinatal;
- Diagnosticar e dar assistência a incompatibilidade sanguínea feto-materna;
- Prevenção das DST;
- Prover terapêutica intra-útero de patologias fetais;

## FREQUÊNCIA

- Sempre que atender a necessidade da gestante e do Enfermeiro
- Após a confirmação da gravidez em consulta médica ou de enfermagem, dá-se
- início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento, caderneta da gestante e registro no PEC E e-SUS
- Mínimo 6 consultas: mensais até 28ª semana de gestação, quinzenal da 28ª até 36ª e semanal até o trabalho de parto.
- Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo

avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal..

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- mesa e cadeiras (para entrevista);
- mesa de exame ginecológico;
- escada de dois degraus;
- foco de luz;
- balança para adultos (peso/altura);
- esfigmomanômetro (aparelho de pressão);
- estetoscópio clínico;
- fita métrica flexível e inelástica;
- espéculos;
- pinças de Cheron;
- material para coleta de exame colpocitológico;
- Sonar Doppler;
- Gestograma ou disco obstétrico(caso necessário)
- caderneta da gestante
- pec- eSUS
- exames laboratoriais e exames de imagem(ultrasonografias), regulação pelo SISREG

## PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos (POP 2.1)
- Realizar mensuração de peso e estatura da gestante.
- Receber a documentação necessária (identidade, cartão SUS)
- Colher e registrar informações das gestantes na caderneta da gestante e PEC-e SUS;

- Anamnese na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual.
- Os principais componentes: Data precisa da última menstruação; regularidade dos ciclos; (uso de anticoncepcionais; paridade; intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; detalhes de gestações prévias; hospitalizações anteriores; uso de medicações; história prévia de doença sexualmente transmissível; exposição ambiental ou ocupacional de risco; reações alérgicas; história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; gemelaridade anterior; fatores socioeconômicos; atividade sexual; uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; história infecciosa prévia; vacinações prévias; história de violências.
- Na gestação atual investigar sintomas como: náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas, calcular a Idade gestacional; Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário; Avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.
- Solicitar exames laboratoriais e agendamento dos exames de imagem; Realização dos testes rápidos; Orientar sobre as consultas subsequentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas; Avaliar quanto a classificação de risco gestacional observando dessa forma se as mesmas se enquadram no pré-natal de risco habitual e/ou alto risco ;proceder com agendamento da primeira consulta médica em caderneta própria de pré-natal.

## ORIENTAÇÕES GERAIS

### EXAME FÍSICO GERAL

- Inspeção da pele e das mucosas;
- Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar;
- Palpação da tireoide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdome;
- Exame dos membros inferiores;
- Determinação do peso;
- Determinação da altura;
- Cálculo do IMC;
- Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial;
- Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

### EXAME GINECOLÓGICO/OBSTÉTRICO

- Palpação obstétrica;
- Medida e avaliação da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
- Registro dos movimentos fetais;
- Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess);
- Exame clínico das mamas;
- Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico, toque vaginal).

### EXAMES COMPLEMENTARES

#### • 1º TRIMESTRE DE GESTAÇÃO:

- ✓ Hemograma;
- ✓ Tipagem sanguínea e fator Rh;
- ✓ Coombs indireto (se for Rh negativo);
- ✓ Glicemia de jejum;
- ✓ Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR;
- ✓ Teste rápido diagnóstico anti-HIV;

- ✓ Anti-HIV;
  - ✓ Toxoplasmose IgM e IgG;
  - ✓ Sorologia para hepatite B (HbsAg);
  - ✓ Exame de urina e urocultura;
  - ✓ Ultrassonografia obstétrica ;
  - ✓ Citopatológico de colo de útero (se necessário);
  - ✓ Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica);
  - ✓ Parasitológico de fezes (quando anemia presente ou outras manifestações sugeridas);
  - ✓ Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).
- **2º TRIMESTRE DE GESTAÇÃO:**
- ✓ Combs Indireto;
  - ✓ Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pósobrecarga com 75 g de glicose anidro);
  - ✓ VDRL
- **3º TRIMESTRE DE GESTAÇÃO:**
- ✓ Hemograma;
  - ✓ Coombs indireto (se for Rh negativo);
  - ✓ Glicemia de jejum;
  - ✓ VDRL, Anti-HIV;
  - ✓ Repetir o Toxoplasmose caso IgG-não for reagente;
  - ✓ Sorologia para hepatite B (HbsAg);
  - ✓ Exame de urina e urocultura;
  - ✓ Ultrassonografia obstétrica ;
  - ✓ Bacterioscopia da secreção vaginal(a partir da 37ª s).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

\_\_\_\_\_. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. Saúde da mulher na Gestação, Parto e Puerpério.** Guia de Orientação para as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde,

2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em 13 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolos-da-atencao-basica-saude-das-mulheres/>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília-DF. Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno\\_atencao\\_pre\\_natal\\_baixo\\_risco.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf). Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_acolhimento\\_classificacao\\_risco\\_obstetricia.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf). Acesso em: 02 maio 2022.

Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo pré-natal e Puerpério**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo\\_pre\\_natal\\_puerperio.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_pre_natal_puerperio.pdf). Acesso em: 02 maio 2022.

Prefeitura de Belo Horizonte. **Protocolo pré-natal e Puerpério**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo\\_pre\\_natal\\_puerperio.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_pre_natal_puerperio.pdf). Acesso em 09 out. 2021.

Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas. **Manual: Procedimentos Operacionais Padrão – POPs**. Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal

de Ribeirão Preto, 2020. 523 p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKE-wiSmrx8MD3AhW\\_FLkGHTRdDsIQFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ribeiraopreto.sp.gov.br%2Ffiles%2Fssaude%2Fpdf%2Fmpop.pdf&usg=AOvVaw2qFL003kHU5RqUVaUF1dJ3](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKE-wiSmrx8MD3AhW_FLkGHTRdDsIQFnoECA8QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ribeiraopreto.sp.gov.br%2Ffiles%2Fssaude%2Fpdf%2Fmpop.pdf&usg=AOvVaw2qFL003kHU5RqUVaUF1dJ3). Acesso em: 02 maio 2022.

# VISITA E CONSULTA DE ENFERMAGEM PUERPERAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

## O QUE REALIZAR

Visita e consulta puerperal

## OBJETIVO

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido e a interação da mãe com o recém-nascido;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação e orientar os cuidados com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências, orientar e conduzi-las.

## FREQUÊNCIA

- Visita puerperal Primeira semana após o parto (preferencialmente até o 5º dia após parto e retorno do binômio ao território).
  - Consulta Puerperal Até 42º dia após o parto.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.  
Domicílio da família (1ª semana após o parto)

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Visita domiciliar
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio clínico;
- Termômetro digital;
- Fitas métricas;
- Caderneta da gestante;
- Tablet e demais instrumentos necessários para o registro.
- Unidade Saúde da Família, Centros de Saúde e Policlínicas.
- Mesa e cadeiras (para diálogo entre o profissional e a puérpera/acompanhante);

- Escada de dois degraus;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio clínico;
- Termômetro digital;
- Fitas métricas;
- Caderneta da gestante;
- Instrumentos necessários para o registro.
- Balança para adultos;
- Balança digital (se necessário na ocasião)
- Régua antropométrica (se necessário na ocasião);
- Mesa de exame ginecológico;
- Foco de luz;
- Material para avaliação perineal, se necessário.

## PROCEDIMENTO

- Realizar a higienização das mãos (Ver POP de Higienização das Mãos).
- Receber a documentação necessária (identidade, cartão SUS, caderneta da gestante)
- Registrar todas as orientações, exame físico realizado em puérperas e recém nascidos, no Pec-e SUS e caderneta da gestante.

## PUERPÉRIO IMEDIATO E TARDIO

- Reavaliar dados da gestação, número de consultas, medicações e intercorrências; levantar dados sobre o parto: intercorrências, tipo de parto(lacerações, episotomias, episiorrafias, presença de secreção e sinais flogísticos, queixas urinárias, presença de hemorróidas ou outras alterações, se cesariana avaliar presença de sinais flogísticos e ferida operatória);
- Avaliar sobre frequência de mamadas, alimentação, sono.
- Verificar sinais vitais
- Avaliar mamas e mamilos(inspecionar e palpar mamas e mamilos)
- Atentar para sinais flogísticos e ingurgitamento.
- Examinar abdome( condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória (se for o caso);

- Examinar períneo e genitais externos(características de de lóquios e avaliadas condições de cicatrizes de lacerações ou episiotomia);
- Verificar presença de edemas
- Prescrição de Sulfato Ferroso 40mg de Ferro elementar( comprimido de 200mg) 30 minutos antes do almoço, de preferência com frutas cítricas até 3 meses após o parto.
- Indagar se usa outras medicações
- Indagar sobre o interesse de métodos contraceptivos , se já faz uso de algum
- Reforçar a orientação sobre uso de preservativo e prevenção das IST e HIV.
- Em caso de comorbidades – Hipertensão, DMD, outras, revisar prescrição medicamentosa e outras condutas relacionadas, com atenção às contraindicações devido à amamentação.
- Egressas de PNAR deve ser encaminhadas para retronar também ao serviço especializado

### **EXAME FÍSICO NO RECÉM-NASCIDO**

- Verificar o estado geral do recém-nascido: peso, comprimento e perímetro cefálico
- Verificar frequência cardíaca e respiratória
- Verificar temperatura e coloração da pele
- Avaliar fontanelas e suturas, olhos, implantação das orelhas, exme de boca e orofaringe, pescoço, glânglios, tórax, abdome, genitálie e períneo, membros, pulsos e perfusão periférica
- Reavaliar os sinais de Ortolani e Barlow e verificação de reflexos próprios do recém -nascido

### **ORIENTAÇÕES GERAIS PARA CUIDADOS AO RECÉM -NASCIDO**

- Orientar sobre a técnica correta do banho diário;
- Orientar sobre a higiene do coto umbilical;
- Orientar sobre a prevenção de acidentes;
- Orientar sobre distanciamento de fumantes;
- Evitar levar o bebê a locais com aglomerações;

- Orientar sobre a posição supina para dormir
- Amamentação sobre livre demanda;
- Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação, favorecendo o aleitamento materno exclusivo;
- Orientar sobre a importância da imunização do Recém-nascido;
- Orientar sobre a icterícia fisiológica e outros sinais de perigo; (icterícia que atinge braços e pernas que atinge crinaças com mais de 2 semanas de vida e presença de urina escura e fezes claras.

## **ORIENTAÇÕES GERAIS PARA CUIDADOS DA PUÉRPERA**

- Atentar para os sinais de febre, sangramento vaginal em grande quantidade, dor pélvica, ou infecção; leucorréia fétida, alteração da pressão arterial e tonturas muito frequentes; dor e/ou edema unilateral de membro inferior, mamas ingurgitadas e doloridas;
- Na presença de um desses sinais, solicitar avaliação médica e, se necessário encaminhamento para o serviço hospitalar de referência.

### **EXAME FÍSICO NO RECÉM-NASCIDO**

- Verificar o estado geral do recém-nascido;
- Mensurar e avaliar peso, comprimento e perímetro cefálico;
- Verificar frequência cardíaca e respiratória;
- Verificar temperatura e coloração da pele;
- Avaliar fontanelas e suturas, olhos, implantação das orelhas, exame de boca e orofaringe, pescoço, glânglios, tórax, abdome, genitália e períneo, membros, pulsos e perfusão periférica;
- Reavaliar os sinais de Ortolani e Barlow e verificação de reflexos próprios do recém-nascido.

## **ORIENTAÇÕES GERAIS PARA CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO**

- Orientar sobre a técnica correta do banho diário;
- Orientar sobre a higiene do coto umbilical;

- Orientar sobre a prevenção de acidentes;
- Orientar sobre distanciamento de fumantes;
- Evitar levar o bebê a locais com aglomerações;
- Orientar sobre a posição supina para dormir;
- Amamentação sobre livre demanda;
- Desestimular o uso de mamadeiras e chupetas para evitar interferências na fisiologia da amamentação, favorecendo o aleitamento materno exclusivo;
- Orientar sobre a importância da imunização do Recém-Nascido;
- Orientar sobre a icterícia fisiológica e outros sinais de perigo (icterícia que atinge braços e pernas que atinge crianças com mais de 2 semanas de vida, presença de urina escura e fezes claras).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-068-de-21-de-outubro-de-2016-24358443>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjf9beH8sD3AhVIR7gEHTyNA-g4QFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fprotocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf&usq=AOvVaw35y3KweNgXdY\\_ucyXeNODI](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjf9beH8sD3AhVIR7gEHTyNA-g4QFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fprotocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf&usq=AOvVaw35y3KweNgXdY_ucyXeNODI). Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/>

caderno\_atencao\_pre\_natal\_baixo\_risco.pdf. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento). Pdf. Acesso em: 02 maio 2022.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo pré-natal e Puerpério**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo\\_pre-natal\\_puerperio.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_pre-natal_puerperio.pdf). Acesso em: 02 maio 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica e Planejamento. **Guia do pré-natal na Atenção Básica**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018. 40p. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/guia-do-pre-natal-na-atencao-basica>. Acesso em: 02 maio 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica e Planejamento. **Nota Técnica 01/2019 Assistência à Saúde da Criança de 0 A 2 ANOS na Atenção Básica**. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiV39zJ-88D3AhUvBLkGHRtxAMIQFnoECACQAQ&url=https%3A%2F%2Fatencaobasica.saude.rs.gov.br%2Fupload%2Farquivos%2F2019%2F18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf&usg=AOv-Vaw2rpHENyfwGjiiAM3GaxHeQA>. Acesso em: 02 maio 2022.

POP Nº 5.4

# REALIZAÇÃO DO CITOPATOLÓGICO CÉRVICO-VAGINAL

## O QUE REALIZAR

Citopatológico cérvico-vaginal (preventivo)

## FREQUÊNCIA

- O intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual.
- O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual.
- Os exames devem seguir até os 64 anos e serem interrompidos quando, após essa idade, as mulheres tiverem pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos.
- Para mulheres com mais de 64 anos e que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos forem negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros

## OBJETIVO

- Rastrear alterações nas células do colo do útero em estágio precoce ou anormalidades das células que podem estar associadas ao desenvolvimento deste tipo de tumor. Para que possa ser analisada, a amostra deve ser de boa qualidade, o que depende de procedimentos de coleta, fixação e transporte ao laboratório.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Mesa ginecológica
- Escada de dois degraus.
- Mesa de Mayo ou apoio
- Foco de luz com cabo flexível.
- Biombo ou local reservado para troca de roupa.

- Cesto de lixo
- Espéculo de tamanhos variados, preferencialmente descartáveis;
- Lâminas de vidro com extremidade fosca.
- Espátula de Ayre.
- Escova endocervical.
- Par de luvas descartáveis
- Pinça de Cheron.
- Solução fixadora
- Torunda de Gaze.
- Recipiente para acondicionamento das lâminas mais adequado para o tipo de solução fixadora adotada pelo serviço, tais como: frasco porta-lâmina, tipo tubete, para transporte de lâminas.
- Formulários de requisição do exame citopatológico.
- Fita adesiva para a identificação dos frascos.
- Lápis grafite ou preto nº 2.
- Avental ou bata, preferencialmente descartável.
- Lençol toalha descartável
- Óculos de proteção e touca descartável
- Máscaras descartáveis

## PROCEDIMENTO

### ORIENTAÇÕES EM RELAÇÃO À MULHER

- Não estar no período menstrual.
- Não estar usando duchas ou medicamentos intra-vaginais nas últimas 48h.

### ORIENTAÇÕES GERAIS

- A presença de espermatozoide não compromete a avaliação microscópica exceto quando são utilizados espermicidas ou preservativos com lubrificantes nas últimas 48h.
- Em caso de sangramento anormal, se indicado, o exame ginecológico pode ser realizado.
- **Antes da coleta**
  - ✓ Realizar orientações antes da coleta do exame, no momento do agendamento.

- ✓ Explicar as etapas do procedimento da coleta para a paciente;
- ✓ Preencher o PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão (coletar a história clínica)
- ✓ Preencher a requisição ou guia do exame com o máximo de informações pertinentes (Formulário SISCAN – ANEXO 01);
- ✓ Verificar se a lâmina está limpa, e caso necessário, limpá-la com gaze.
- ✓ Identificar na lâmina com lápis grafite, na extremidade fosca: UBS, iniciais do nome da mulher, seu número de registro na unidade, data de nascimento.
- ✓ Identificar o tubete com a etiqueta contendo: nome da UBS, iniciais do nome da mulher, seu número de registro na unidade, data da coleta;
- ✓ Solicitar que a mulher esvazie a bexiga e troque de roupa, em local reservado e vestir o avental.

• **No momento da coleta**

- ✓ Lavar as mãos antes do procedimento de coleta.
- ✓ Organizar o material da coleta.
- ✓ Solicitar que a paciente fique em posição ginecológica, o mais confortável possível.
- ✓ Cobri-la com o lençol
- ✓ Posicionar o foco;
- ✓ Colocar as luvas descartáveis
- ✓ Inspeccionar os órgãos genitais externos
- ✓ Introduzir o espéculo suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinada de maneira que o colo do útero fique exposto completamente.
- ✓ Realizar inspeção da vagina e do colo do útero.
- ✓ Para coleta na ectocérvice utiliza-se espátula de Ayre. Encaixar a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem em movimento rotativo de 360° em torno de todo o orifício cervical e fazer esfregaço único no sentido transversal, próximo da região fosca;

- ✓ Para coleta na endocérvice, utilizar a escova endocervical. Recolher o material introduzindo a escova e fazer um movimento giratório de 360° e colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal;
- ✓ Fixar imediatamente o material colhido e distendido na lâmina para evitar o dessecamento, com o spray fixador, a uma distância de 20cm.
- ✓ Retirar o espéculo delicadamente e informar que o exame terminou;
- ✓ Retirar as luvas;
- ✓ Auxiliar a mulher descer da mesa;
- ✓ Solicitar que ela troque de roupa;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Enfatizar a importância do retorno para o resultado e se possível agendar conforme rotina da unidade de saúde da família;
- ✓ Registrar no prontuário das pacientes as informações e anotar em caderno específico o controle de coletas, resultados e seguimento das mulheres;
- ✓ Registrar no PEC e no SISREG.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 381/2011. Normatiza a execução da coleta de material citopatológico pelo enfermeiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 de julho de 2011. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-3812011\\_7447.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-n-3812011_7447.html). Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Divisão de Detecção Precoce

e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf). Acesso em: 22 dez.

POP Nº 5.5

# REALIZAÇÃO DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

## O QUE REALIZAR

Rastreamento do câncer de mama

## FREQUÊNCIA

- Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para as todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente. Deve ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
- Mamografia de rastreamento, para as mulheres com idade de 40 a 69 anos, com intervalo máximo de dois anos entre os exames;
- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros (as)

## OBJETIVO

- Investigar lesões suspeitas e diagnósticas de câncer de mama, buscando avaliar sinais e sintomas referidos pela paciente, identificar alterações, anormalidades e a detecção precoce de nódulos mamários. Realizar diagnóstico diferencial entre alterações suspeitas de câncer e aquelas relacionadas a condições benignas.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Camisola ou avental
- Mesa ginecológica ou maca
- Escada de 2 degraus
- Biombo (se necessário)
- Avental ou camisola, preferencialmente descartável;

- Lençol, preferencialmente descartáveis;
- Máscara cirúrgica e óculos de proteção para o examinador

## ORIENTAÇÕES

- O ECM deve incluir a inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares;
- O uso de luvas de procedimento é facultativo;
- Peça a cliente para fazer uma demonstração de um auto palpação, após terminar o exame.

## PROCEDIMENTO

- Realizar higienização das mãos
- Apresentar-se a paciente e explicar o procedimento que vai ser realizado
- Tirar todas as dúvidas da paciente;
- Realizar anamnese completa junto ao PEC;
- Oferecer camisola/avental à paciente, solicitando-a que fique com a parte superior do corpo desnuda;
- Solicitar à usuária que sente na maca ou mesa ginecológica
- Realizar a inspeção estática das mamas com a mulher sentada com os braços pendentes ao lado do corpo ou com os braços levantados sobre a cabeça (identificar visivelmente sinais sugestivos de câncer, tais como alterações no contorno da mama, ulcerações cutâneas ou do complexo areolopapilar, retrações, comparar as mamas observando possíveis assimetrias, diferenças na cor da pele, textura, e padrão de circulação venosa).
- Realizar a inspeção dinâmica com a mulher ainda sentada deve solicitar que a mulher eleve e abaixe os braços lentamente, e realize contração da musculatura peitoral, comprimindo as palmas das mãos uma contra a outra adiante do tórax, ou comprimindo o quadril com as mãos colocadas uma de cada lado.
- Realizar palpação dos linfonodos axilares e supraclaviculares ainda com a paciente sentada com a cabeça semifletida e com leve inclinação lateral (o braço homolateral relaxado e o antebraço repousando sobre o antebraço homolateral do examinador)

- Realizar a palpação das mamas, uma de cada vez, com a paciente em decúbito dorsal, com a mão correspondente a mama a ser examinada colocada sob a cabeça.
- Realizar palpação das mamas uma de cada vez;
- Realizar movimentos circulares com as polpas digitais do 2º, 3º e 4º dedos da mão como se tivesse contornando as extremidades de uma moeda.
- Examinar cada quadrante com três níveis de pressão: leve, médio e profundo.
- A região da aréola e da papila (mamilo) deve ser palpada e não comprimida.
- No caso da mulher mastectomizada deve-se palpar a parede do tórax, a pele e a cicatriz cirúrgica.
- Ajudar a paciente a descer da mesa ginecológica ou maca;
- Solicitar exames complementares, se necessário;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020.

POTTER, P. A. et al. **Fundamentos de Enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

POP Nº 5.6

# INSERÇÃO DO DIU

## O QUE REALIZAR

Inserção do DIU-Cobre T Cu 380 A

## FREQUÊNCIA

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros(as)

## OBJETIVO

- Realizar assistência em saúde sexual e reprodutiva, inserindo o DIU no fundo uterino para atuar como método contraceptivo.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Histerômetro
- Pinça de Pozzi
- Pinça Cheron (para antisepsia)
- Espéculo (pode ser descartável)
- Tesoura
- Pacote de gaze
- Luva de procedimento
- Luva estéril
- Foco de luz, mesa ginecológica

## PROCEDIMENTO

- Explicar o procedimento a ser realizado
- Separar material a ser realizado
- Observar a ambiência da sala para preservar a privacidade da usuária, certifique-se de trancar a porta.
- Posicione a paciente na maca em posição ginecológica e ligar o foco de luz;
- Calce as luvas de procedimento.
- Realize o exame pélvico bimanual.

- Introduzir o espécuro
- Realizar a limpeza do colo do útero com um antisséptico a base de água com iodofórmio ou cloridrato de clorexidina;
- Calce a luva estéril e mantenha cuidado para não contaminar
- Adotar uma técnica cuidadosa, lenta e de manipulação suave.
- Realizar pinçamento do lábio anterior do colo com pinça de Pozzi, delicadamente.
- Insira o histerômetro para fazer a histerometria.
- Abrir Kit estéril do DIU somente se exame físico sem alterações e histerometria adequada;
- Certificar-se de que a luva permanece estéril - caso contrário, deve-se trocá-la.
- Regule o dispositivo de inserção na medida encontrada na histerometria;
- Coloque o DIU dentro do aplicador. Observe para que os ramos horizontais do DIU estejam no mesmo sentido do diâmetro lateral do útero;
- Insira o aplicador pelo canal cervical até sentir que atingiu o fundo uterino, conforme medição realizada com ajuda do histerômetro;
- Retire o tubo de inserção parcialmente, enquanto o êmbolo interno é mantido fixo. Isto libera as hastes do DIU e o coloca em posição.
- Aguardar alguns segundos e, em seguida, retirar primeiramente o êmbolo e depois o tubo-guia;
- Em seguida, cortar os fios deixando-os com cerca de 2 a 3 centímetros de comprimento, em relação ao colo uterino.
- Manter a mulher deitada por cerca de quinze minutos após o procedimento pode reduzir o desconforto.
- Caso o fio não seja localizado ou se apresente maior do que o deixado no momento da inserção, considerar a possibilidade de mal posicionamento ou expulsão parcial do DIU.

## ORIENTAÇÕES

- Solicitar para que a mulher leia o Termo de Consentimento Informado- DIU (anexo I) e Cartão da Usuária (contido no Kit do DIU);
- A realização e/ou a avaliação do exame de rastreamento do câncer de colo de útero antes da inserção do DIU não é obrigatório

para realizar o procedimento, sendo recomendado por questão de oportunidade; se houver sinais de infecção, informar o impedimento de prosseguir com o procedimento, tratar e orientar paciente a retornar ao término do tratamento;

- Antes da inserção do DIU deverá ser realizado o teste rápido de gravidez, HIV, sífilis e Hepatite B e C, ausência de sinais de IST e DIP.
- Antes da inserção do DIU, realizar consulta ginecológica junto ao PEC e SISREG;
- O DIU pode ser retirado em qualquer momento do ciclo menstrual, sendo necessário informar à mulher que ela poderá voltar a engravidar tão logo o DIU seja retirado;
- O DIU deve ser retirado ao final do seu período de eficácia, descrito na embalagem do dispositivo, e outro DIU pode ser inserido no mesmo procedimento, se for do desejo da paciente;
- O DIU com cobre na cavidade vaginal deve ser removido, não devendo ser reintroduzido. Se for do desejo da mulher continuar com o método, realizar a inserção de um novo DIU com cobre, após avaliação do profissional de saúde sobre a pertinência de manutenção do método.
- Caso a paciente apresente reflexo vaginal após o pinçamento, não se deve utilizar manobras bruscas na tração do colo do útero.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU com Cobre TCu 380A**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-tecnico-para-profissionais-de-saude-diu-com-cobre-tcu-380a/>. Acesso em: 02 maio 2022.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Contraceção reversível de longa ação**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016. Disponível em: <https://www.gineco.com.br/saude-feminina/materias-2/conheca-os-beneficios-dos-metodos-contraceptivos-de-longo-prazo-diu-medicado-diu-de-cobre-e-implante>. Acesso em: 02 maio 2022.

# ANEXO 01

## TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINODIU COM COBRE (Tcu) 380 A.

Eu, \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, Cartão do SUS \_\_\_\_\_, cadastrada na  
UBS \_\_\_\_\_, Residente no endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Telefone: \_\_\_\_\_  
venho através deste TERMO solicitar a realização do procedimento  
de inserção do DIU Dispositivo IntraUterino.

Declaro para os devidos fins que

Participei da reunião de Saúde Sexual e Reprodutiva e conheci  
os demais métodos contraceptivos disponíveis.

1. Fui informada e estou ciente sobre o modo de atuação do método e dos possíveis riscos a ele associados, tais como: gravidez, infecção pélvica, febre, dor pélvica persistente e aguda, corrimento vaginal, perda de fio, hemorragia.
2. Fui informada que posso apresentar alguns efeitos secundários como: aumento do fluxo menstrual e cólica, principalmente nos primeiros três meses após a inserção e caso necessário, devo me dirigir à unidade onde o mesmo foi colocado para avaliação.
3. Fui informada e estou ciente da necessidade de retorno à consulta a cada seis meses no primeiro ano e demais retornos deverão ser anuais. Atendimento esse que poderá ser devidamente realizado na USF de minha área de abrangência.
4. Fui informada que a colocação do DIU não é isenta de riscos, podem ocorrer, em casos raros, perfuração uterina, hemorragia e infecção. O índice de expulsão do DIU é em torno 4-5%.
5. Fui informada que o DIU tem eficácia de 99,3%. Fui informada e estou ciente que a taxa de gravidez inferiores a 0,4% (ou 4 mulheres a cada 1000 mulheres) no primeiro ano, sendo nos anos seguintes anual de gravidez é ainda menor.

6. Fui informada e estou ciente do prazo de validade que é de até\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_ e após este prazo estarei sujeita a uma gravidez indesejada, caso não substitua o método.
7. Fui informada e estou ciente que o método não protege de risco de contrair doenças como: IST/HIV/AIDS, tendo sido orientada de como preveni-las
8. Fui informada que estou ciente e posso solicitar a remoção do DIU, e após a remoção deste, a recuperação da fertilidade é imediata. Caso não queira engravidar preciso escolher outro método.
9. Caso ocorra qualquer uma das situações acima citadas, nenhuma responsabilidade poderá ser imputada a equipe e ao profissional que realizou o procedimento, pois fiz de minha própria vontade.

Entendi as informações que me foram fornecidas e tive todas as minhas dúvidas esclarecidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Ass. do Médico(a) ou Enfermeiro(a)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável (quando houver)

# ANEXO 02

MINISTÉRIO DA SAÚDE		REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
UF		Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero	
UNES da Unidade de Saúde		N° Protocolo	
Unidade de Saúde		(n° gerado automaticamente pelo SISCOM)	
Município		Prestadora	
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>			
Centro SES*			
Nome Completo da Mulher*			
Nome Completo da Mãe*			
CPF		Apelido da Mulher	
Data de Nascimento*		Nacionalidade	
Idade		Raça/cor	
Dados Residenciais		<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena/ Étnica	
Logradouro			
Número		Complemento	
Código de Município		Bairro	
Município		UF	
CEP		Telefone	
Ponto de Referência			
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo			
<b>DADOS DE ANAMNESE</b>			
1. Motivo de exame*		7. Já fez tratamento por polipose/ pólipos*	
<input type="checkbox"/> Rastreamento		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
<input type="checkbox"/> Repetição (exame alterado HSCUS/Boles grau)		8. Data de última manuseio/ raspagem*	
<input type="checkbox"/> Seguimento (pós diagnóstico colposcópico / tratamento)		____/____/____ <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra	
2. Fez e exame preventivo (Pap smear) alguma vez?*		9. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais?*	
<input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame?		(não considerar o primeiro relato sexual na vida)	
____/____/____		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra	
3. Usa DIU?*		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		10. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa?*	
4. Está grávida?*		(não considerar o(s) sangramento(s) no período de exatidão hormonal)	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe		<input type="checkbox"/> Sim	
5. Usa pílula anticoncepcional?*		<input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
6. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa?*			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe			
<b>EXAME LÍBRIO</b>			
11. Ingestão de cálcio*		12. Sintia sugestivos de doença sexualmente transmissível?	
<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Ausente (menstruações regulares no retardo cirurgicamente)		<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Alterado			
<input type="checkbox"/> Colo não visualizado			
<b>NOTA: Na presença de colo alterado, com finto sugestivo de câncer, não aguardar o resultado do exame citopatológico para encaminhar a mulher para colposcopia.</b>			
Data da coleta*		Responsável*	
____/____/____		_____	

ATENÇÃO: Os campos com máscara (\*) são obrigatórios

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNES do Laboratório* _____	Número do Exame* _____
Nome do Laboratório* _____	Realizado em* ____/____/____
RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
<b>AValiação PRÉ-ANALÍTICA</b> <b>AMOSTRA RECEBIDA POR:</b> <input type="checkbox"/> Asséptico ou erro na identificação de lâmina, frasco ou formulário <input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou suja <input type="checkbox"/> Cores obtidas no laboratório, especificar: _____ <input type="checkbox"/> Outras cores, especificar: _____ <b>EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA*</b> <input type="checkbox"/> Escamoso <input type="checkbox"/> Glandular <input type="checkbox"/> Metaplásico	<b>ADeQUABILIDADE DO MATERIAL*</b> <input type="checkbox"/> Satisfatório Insatisfatório para avaliação devido a: <input type="checkbox"/> Material escasso ou líquido em menos de 10% do esfregaço <input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Pálidos em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Artéfactos de dessecamento em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Intensa sobreposição celular em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____
<b>DIAGNÓSTICO DESCRITIVO</b>	
<b>DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE DO MATERIAL EXAMINADO?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS</b>	
<input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Metaplasia escamosa linfovascular <input type="checkbox"/> Reparação <input type="checkbox"/> Atrofia com inflamação <input type="checkbox"/> Reaginção _____ <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____	
<b>MICROBIOLOGIA</b>	
<input type="checkbox"/> Lactobacillus sp <input type="checkbox"/> Cocos <input type="checkbox"/> Sugerido de Chlamydia sp <input type="checkbox"/> Actinomyces sp <input type="checkbox"/> Candida sp <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Útilis atípicas compatíveis com vírus do grupo Herpes <input type="checkbox"/> Bacilos capsulopneumônicos (sugeridos de Gardnerella/Vaginose) <input type="checkbox"/> Outros bacilos _____ <input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____	
<b>CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO</b>	
Escamosas: <input type="checkbox"/> Provavelmente não neoplásicas (ASC-US) <input type="checkbox"/> Não se pode excluir lesão de alto grau (ASC-H)	
Glandulares: <input type="checkbox"/> Provavelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode excluir lesão de alto grau	
De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Provavelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode excluir lesão de alto grau	
<b>ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS</b>	
<input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pela HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I)	
<input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasia intra-epitelial cervical grau II e III)	
<input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão	
<input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor	
<b>ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES</b>	
<input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ"	
Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> Sem outras especificações	
<input type="checkbox"/> OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____	
<input type="checkbox"/> PRESENÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS POR MIO-NEOPLASIA OU ACIMA DE 45 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL	
Observações Gerais: _____ _____	
Solicitado pelo clínico(a): _____	Responsável* _____
Data do Resultado* ____/____/____	

## CAPÍTULO 6

# SAÚDE DO ADULTO

*O segredo da saúde mental e corporal está em não se lamentar pelo passado, não se preocupar com o futuro, nem se adiantar aos problemas, mas viver sabiamente e seriamente o presente.*

*Buda*

### **Elaboração**

---

Ana Elisa Chaves

Flávia Alves Aguiar Siqueira

Lhaís Alana Meneses de Melo

Lidiane Félix Galdino

Kleane Maria da Fonseca Azevêdo Araújo

Margareth Cristina Oliveira de Carvalho

Taciana da Costa Farias Almeida

## CAPÍTULO 6

- 6.1. Assistência de Enfermagem ao Indivíduo com Diagnóstico de HAS
- 6.2. Verificação da Pressão Arterial com técnica auscultatória ou oscilométrica em membros superiores e inferiores
- 6.3. Verificação de Pulsos Arteriais Radial, Braquial, Carotídeo, Femoral, Poplíteo, Tibial Posterior (Inspeção, Palpação e Ausculta de carótidas)
- 6.4. Exame da Região do Precórdio
- 6.5. Cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)
- 6.6. Verificação da Circunferência Abdominal
- 6.7. Exame dos Pés das pessoas com Diabetes Mellitus
- 6.8. Busca Ativa dos Sintomáticos Respiratórios
- 6.9. Notificação dos casos de Tuberculose
- 6.10. Tratamento Diretamente Observado – TDO
- 6.11. Coleta de Exames para baciloscopia
- 6.12. Notificação dos casos de Hanseníase
- 6.13. Pesquisa de sensibilidade em casos suspeitos de Hanseníase

**ASSISTÊNCIA  
DE ENFERMAGEM  
AO INDIVÍDUO  
COM DIAGNÓSTICO  
DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA**

**A** Consulta de Enfermagem ao Indivíduo Adulto com Hipertensão Arterial constitui atividade privativa do enfermeiro. Durante este procedimento, é realizado o processo de enfermagem (PE), que possibilitará o levantamento de possíveis problemas de enfermagem e necessidades de saúde do indivíduo, sendo dividido em cinco etapas, a saber: o levantamento do **histórico** através do relato verbal do indivíduo (anamnese); a observação clínica de possíveis alterações, com a avaliação de sinais e sintomas durante o **exame físico**; o **diagnóstico de enfermagem (DE)**, para estabelecimento de prioridades de cuidado; o planejamento de intervenções (**prescrição de enfermagem**) com conseqüente implementação das condutas pela equipe de enfermagem; a **avaliação** dos processos; e dos seus **resultados**; através do registro das atividades. (COFEN, 2018).

Neste processo inclui-se a orientação da equipe de enfermagem, no que se refere a atenção ao indivíduo e sua situação cardiovascular, incluindo-se as orientações e o seguimento de normas e rotinas estabelecidas institucionalmente, como também de procedimentos, conforme regula a lei do exercício profissional e as evidências científicas.

Um dos itens da consulta de Enfermagem ao indivíduo adulto com Hipertensão Arterial na Atenção Primária à Saúde, é o **Exame físico**. Sua realização é necessária para garantir a integralidade do cuidado e melhor acurácia dos procedimentos que serão dispensados ao cliente, durante e após a consulta de enfermagem, permitindo a continuidade do cuidado eficaz realizada pela equipe de Enfermagem, quando bem documentado.

**O Exame Físico** voltado ao indivíduo nesta linha de cuidado tem a finalidade de avaliar os sinais e sintomas, procurando por anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença, com enfoque mais direcionado ao sistema cardiocirculatório. Neste ínterim a realização de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) são necessários para o exame eficaz desse indivíduo, facilitando a caracterização da situação cardiocirculatória, que servirá como parâmetro para condutas clínicas adequadas durante a consulta de enfermagem pelo Enfermeiro, e na triagem como seguimento do cuidado, pela equipe de Enfermagem, na Atenção Primária a Saúde.

**VERIFICAÇÃO DA  
PRESSÃO ARTERIAL  
(PA) COM TÉCNICA  
AUSCULTATÓRIA  
OU OSCILOMÉTRICA  
EM MEMBROS  
SUPERIORES  
E INFERIORES**

## O QUE REALIZAR

Consiste na verificação da pressão arterial de indivíduos Adultos com doenças crônicas ou indivíduos Adultos sem comorbidades, com técnica auscultatória (esfigmomanometria com aparelho aneróide e estetoscópio); ou oscilométrica (oscilometria) com aparelhos digitais ou automáticos, de aplicação no braço.

## FINALIDADE

- Identificar os valores, comparar com os valores ideais, descritos na VIII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), classificar o indivíduo de acordo com os níveis pressóricos encontrados, e intervir com condutas adequadas.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem

## FREQUÊNCIA

- No mínimo anualmente para indivíduos sem comorbidades e no mínimo semestralmente em pessoas com comorbidades; Para indivíduos com ou sem comorbidades que buscam atendimento via demanda agendada ou espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS), a cada atendimento realizado;

## OBJETIVOS

- Avaliar o estado da saúde cardiovascular do indivíduo;
- Propiciar a suspeita ou o diagnóstico de hipertensão arterial primária, de hipertensão secundária, de lesão em órgãos alvo e ou doenças associadas;
- Mensurar dados epidemiológicos (rastreamento de risco cardiovascular) e clínicos no território da APS.

## EM QUAL/IS LOCAL/IS

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fita Métrica;
- Manguitos de tamanhos diversos;
- Esfigmomanômetro aneróide com pera, em boas condições de uso e/ou esfigmomanômetro automático/digital de aplicação no braço, validado para uso clínico;
- Estetoscópio com diafragma e campânula;
- Algodão;
- Álcool a 70;
- Prontuário Eletrônico Do Cidadão (notebook).

## PROCEDIMENTOS

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES ANTES DA AFERIÇÃO

- Oriente para que o indivíduo sente-se, confortavelmente, em um ambiente silencioso por 5 minutos, antes de iniciar as medições da PA;
- Explique o procedimento ao indivíduo e oriente-o a não conversar durante a medição;
- Certifique-se de que o paciente NÃO:
  - ✓ Está com a bexiga cheia;
  - ✓ Praticou exercícios físicos há, pelo menos, 60 minutos;
  - ✓ Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
  - ✓ Fumou nos 30 minutos anteriores.
- Oriente que três medidas de PA devem ser realizadas, com intervalo de 1 a 2 minutos;
- A PA deve ser inicialmente medida nos dois braços e idealmente estabelecida por medição simultânea. Caso ocorra uma diferença  $> 15$  mmHg da PAS entre os braços, há aumento do risco Cardiovascular, o qual pode estar relacionado com a doença vascular ateromatosa;
- Medidas adicionais podem ter que ser realizadas em pacientes com valores instáveis da PA devido a arritmias, especialmente quando a medida é realizada com equipamento automático. Evitar esse tipo de equipamento, caso o indivíduo apresente diagnóstico de arritmia;

- Nos pacientes com Fibrilação Atrial, os métodos auscultatórios devem ser preferencialmente usados, pois a maioria dos dispositivos automáticos não foram validados para a medida da PA. A maioria dos dispositivos automáticos registra a forma de onda de pressão sistólica individual mais alta, em vez de uma média de vários ciclos cardíacos, o que leva à superestimação da PA;
- Utilize o manguito adequado para a circunferência do braço;
- Os esfigmomanômetros aneroides/auscultatórios devem ser calibrados a cada 6 meses conforme recomenda o INMETRO/IPEM e VIII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial; e os automáticos, anualmente (Diretriz, 2021)
- As medições da PA em repouso e em pé devem ser realizadas em todos os pacientes na primeira consulta e também consideradas em visitas subsequentes em idosos, diabéticos, disautonômicos e pessoas em uso de anti-hipertensivo;
- Atenção especial também deve ser dada a gestante. Defina-se hipertensão na gestação quando há pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg, considerando-se o 5o ruído de Korotkoff, confirmada por outra medida realizada com o intervalo de quatro horas. A medida deve ser obtida, preferencialmente, na posição sentada ou alternativamente em decúbito lateral esquerdo, com manguito de tamanho adequado. O método manual auscultatório é o padrão ouro, pois dispositivos automatizados tendem a subestimar a pressão arterial (PA), sobretudo na pré-eclâmpsia grave;
- Pacientes mastectomizadas devem ter a mensuração da Pressão arterial em braço oposta da mama da mastectomia, sendo esta unilateral; se mastectomia bilateral verificar pressão arterial em membros inferiores;
- Paciente com fístula renal, devem verificar a pressão arterial em braço oposto ou membros inferiores;
- A PAS de membros inferiores deve ser avaliada sempre que a PA medida em membros superiores estiver elevada. A PA medida no membro inferior pode ser mais elevada do que no braço pelo fenômeno da amplificação do pulso distal. Se a

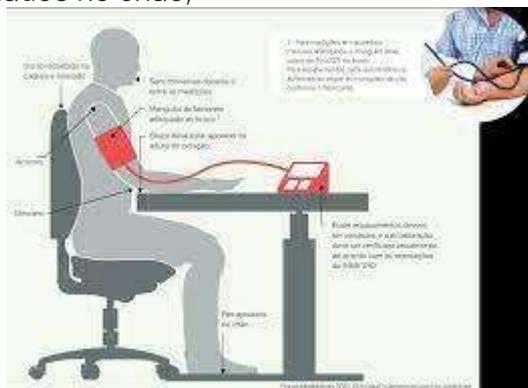
PAS da perna estiver mais baixa que a PAS medida no braço, há sugestão de diagnóstico de coarctação da aorta;

- Outras situações como a presença de acesso venoso, terapia intravenosa, cirurgia local, edema, lesão, fraturas, shunt arteriovenoso e enxerto também se apresentam como indicações de verificação em MMII;
- Diante da simplicidade da medida realizada pela técnica oscilométrica, a utilização de dispositivo oscilométrico de braço pode ser preferível ao auscultatório, quando as duas técnicas estiverem disponíveis, desde que o equipamento seja confiável e tenha sido aprovado em testes clínicos. Uma lista de equipamentos validados pode ser consultada em <http://www.dableducational.org/>

## ETAPAS PARA A REALIZAÇÃO DA TÉCNICA DA MEDIDA INDIRETA DA PRESSÃO ARTERIAL PELO MÉTODO AUSCULTATÓRIO/OSCILOMÉTRICO NOS MEMBROS SUPERIORES

### • 1. Posicionamento do indivíduo

- ✓ A palma da mão deve estar voltada para cima e as roupas não devem garrotear o braço. As costas e o antebraço devem estar apoiados; as pernas, descruzadas; e os pés, apoiados no chão;



- ✓ Realize a medida da PA nos dois braços na primeira visita, de preferência simultaneamente, para detectar possíveis

diferenças entre os braços. Use o braço com o maior valor como referência;

- ✓ Para pesquisar hipotensão ortostática, meça inicialmente a PA (de preferência, em posição supina, após o paciente estar nesta posição em repouso por 5 minutos; na impossibilidade de o indivíduo ficar na posição supina, pode-se de forma alternativa, embora não ideal, realizar a medida com o paciente sentado), e depois medir a PA 1 minuto e 3 minutos após a pessoa ficar em pé;
- ✓ Registre a | Frequência
- ✓ cardíaca;
- ✓ Para excluir arritmia, use palpação do pulso;
- ✓ Informe o valor de PA obtido para o paciente;

Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020  
Barroso et al.

### Diretrizes

Quadro 3.4 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medição no consultório a partir de 18 anos de idade

Classificação*	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA ótima	< 120	e	< 80
PA normal	120-129	e/ou	80-84
Pré-hipertensão	130-139	e/ou	85-89
HA Estágio 1	140-159	e/ou	90-99
HA Estágio 2	160-179	e/ou	100-109
HA Estágio 3	≥ 180	e/ou	≥ 110

HA: hipertensão arterial; PA: pressão arterial; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. \*A classificação é definida de acordo com a PA no consultório e pelo nível mais elevado da PA, sistólica ou diastólica. \*\*HA sistólica isolada, caracterizada pela PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores de PAS nos intervalos indicados. \*\*\*A HA diastólica isolada, caracterizada pela PAS < 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, é classificada em 1, 2 ou 3, de acordo com os valores da PAD nos intervalos indicados.

## AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM MEMBROS SUPERIORES – ARTÉRIA BRAQUIAL

### • Etapas

- ✓ O manguito deve ser posicionado ao nível do coração. Determinar o local de posicionamento do manguito no ponto médio entre o acrômio e o olécrano;



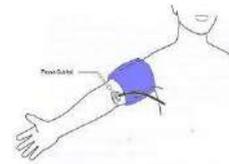
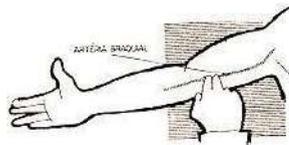
- ✓ Selecionar o tamanho do manguito de acordo com a circunferência do braço;

Quadro 3.1 – Dimensões do manguito de acordo com a circunferência do membro

Circunferência	Denominação do manguito	Largura do manguito	Comprimento da bolsa
≤ 6 cm	Recém-nascido	3 cm	6 cm
6-16 cm	Criança	5 cm	15 cm
16-21 cm	Infantil	8 cm	21 cm
22-26 cm	Adulto pequeno	10 cm	24 cm
27-34 cm	Adulto	13 cm	30 cm
35-44 cm	Adulto grande	16 cm	36 cm
45-52 cm	Coxa	20 cm	42 cm

Fonte: Malachias et al., 2017.<sup>101</sup>

- ✓ Colocar o manguito, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital; Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial, no ponto médio do braço. Estimar o nível da PAS pela palpação do pulso radial.\* Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão, sobre a mesma, sem compressão excessiva;\*



- ✓ Insuflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg o nível estimado da PAS obtido pela palpação do pulso;
- ✓ Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 mmHg por segundo) e determinar a PAS pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff) e, depois, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;
- ✓ Determinar a PAD no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e, depois proceder, à deflação rápida e completa. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a PAD no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anotar valores da PAS/PAD/zero.

## REALIZAÇÃO DA MEDIDA DA PRESSÃO ARTERIAL PELA TÉCNICA AUSCULTATÓRIA NOS MEMBROS INFERIORES

### • *Aferição da Pressão Arterial em Membros Inferiores – ARTÉRIA TIBIAL POSTERIOR*

#### • **Posição do indivíduo**

- ✓ Manter o paciente em decúbito dorsal, com os braços e pernas estendidos ao longo do corpo.

#### • **Etapas**

- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Reunir o material e levar para junto do indivíduo;
- ✓ Explicar ao mesmo o procedimento;
- ✓ Posicionar o indivíduo em decúbito dorsal;
- ✓ Envolver o terço inferior da perna do mesmo com o manguito;
- ✓ Posicionar o manguito 5 cm acima do maléolo (proeminência óssea) do terço inferior da perna;
- ✓ Deixar o marcador em posição visível;
- ✓ Localizar, com os dedos indicador e médio, a artéria tibial posterior;
- ✓ Posicionar o estetoscópio, segurando o diafragma deste sobre a artéria tibial posterior; fechar a válvula de ar e insuflar;
- ✓ Abrir a válvula vagarosamente e observar o manômetro;
- ✓ Registrar o ponto em que são ouvidos os primeiros sons de Korotkoff (Pressão Sistólica) e o ponto em que foi ouvido o último som de Korotkoff (Pressão Diastólica);
- ✓ Deixar que o restante de ar escape rapidamente;
- ✓ Remover o manguito e deixar o paciente confortável;
- ✓ Recolher o material;
- ✓ Realizar a antisepsia das olivas do estetoscópio com algodão e álcool 70%; higienizar as mãos;
- ✓ Anotar o resultado.



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação da pressão arterial em membros inferiores – artéria tibial posterior. Kreuning, et al (2018)

### ***Aferição da Pressão Arterial em Membros Inferiores – ARTÉRIA POPLÍTEA***

#### **• Posição do indivíduo**

- ✓ Manter o indivíduo em decúbito ventral, com os braços e pernas estendidos ao longo do corpo.

#### **• Etapas**

- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Reunir o material e levar para junto do indivíduo;
- ✓ Explicar ao mesmo o procedimento;
- ✓ Posicionar o indivíduo em decúbito ventral;
- ✓ Envolver a coxa do indivíduo com o manguito;
- ✓ Deixar o marcador em posição visível;
- ✓ Localizar, com os dedos indicador e médio, a artéria poplítea;
- ✓ Posicionar o estetoscópio segurando o diafragma deste sobre a artéria poplítea;
- ✓ Fechar a válvula de ar e insuflar;
- ✓ Abrir a válvula vagarosamente observando o manômetro;

- ✓ Registrar o ponto em que são ouvidos os primeiros sons de Korotkoff (Pressão Sistólica) e o ponto em que foi ouvido o último som de Korotkoff (Pressão Diastólica);
- ✓ Deixar que o restante de ar escape rapidamente;
- ✓ Remover o manguito e deixar o paciente confortável;
- ✓ Recolher o material;
- ✓ Realizar a antissepsia das olivas do estetoscópio com algodão e álcool 70%;
- ✓ Higienizar as mãos;
- ✓ Anotar o resultado.



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação da pressão arterial em membros inferiores – artéria tibial posterior. Kreuning, et al (2018)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-658, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo financiamento da Atenção Primária à Saúde**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_financiamento\\_aps.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_financiamento_aps.pdf). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea (n. 28)**. Cadernos de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. 56p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (n. 37)**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. 128p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxNA==>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Rastreamento (n. 29)**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010. 95p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwNg==>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manejo na unidade de saúde**. São Paulo (Estado): Secretaria da Saúde, 2018. 112p. Disponível em: [https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistematica-\(HAS\)-no-adulto/](https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hipertensao-arterial-sistematica-(HAS)-no-adulto/). Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado hipertensão arterial sistêmica: manual de orientação clínica**. São Paulo (Estado): da Saúde, 2018. 112p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiVrvzHnMH3AhUeu5UCHX7MBs8QFnoECACQA-Q&url=https%3A%2F%2Fwww.saude.sp.gov.br%2Fresources%2Fses%2Fperfil%2Fgestor%2Fatencao-basica%2Flinha-de-cuidado-ses-sp%2Fhipertensao-arterial%2Fmanual\\_de\\_orientacao\\_clinica\\_hipertensao\\_arterial.pdf&usg=AOvVaw3sYtujY6kv8IUvmOb-nfmLg](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiVrvzHnMH3AhUeu5UCHX7MBs8QFnoECACQA-Q&url=https%3A%2F%2Fwww.saude.sp.gov.br%2Fresources%2Fses%2Fperfil%2Fgestor%2Fatencao-basica%2Flinha-de-cuidado-ses-sp%2Fhipertensao-arterial%2Fmanual_de_orientacao_clinica_hipertensao_arterial.pdf&usg=AOvVaw3sYtujY6kv8IUvmOb-nfmLg). Acesso em: 02 maio 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiOuYnhnMH3AhXssJUCH-ToHAMkQFnoECAQQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Flinhas\\_cuidado\\_hipertensao\\_diabetes.pdf&usg=AOvVaw2P2GF7QPt0k9UCuy74psug](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiOuYnhnMH3AhXssJUCH-ToHAMkQFnoECAQQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Flinhas_cuidado_hipertensao_diabetes.pdf&usg=AOvVaw2P2GF7QPt0k9UCuy74psug). Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde: Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde.** Brasília-DF: Secretaria de Estado de Saúde, 2018. 99p. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede De Atenção Às Pessoas Com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT): Linha De Cuidado Hipertensão Arterial Sistêmica.** Porto Alegre: Secretaria Municipal Da Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwilleqFncH3AhWFjZUCHeRIBPQQFno-ECACQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fdiretrizes%2520\\_cuidado\\_pessoas%2520\\_doencas\\_cronicas.pdf&usg=AOvVaw2y24Tm7UuryYWsn9qJQZG3](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwilleqFncH3AhWFjZUCHeRIBPQQFno-ECACQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fdiretrizes%2520_cuidado_pessoas%2520_doencas_cronicas.pdf&usg=AOvVaw2y24Tm7UuryYWsn9qJQZG3). Acesso em: 02 maio 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358, de 15 outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF: COFEN, 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html). Acesso em: 01 fev. 2018.

KREUNING, E. B. et al. Protocolo de aferição da pressão arterial em membros inferiores. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27394>. Acesso em: 02 maio 2022.

# VERIFICAÇÃO DE PULSOS (RADIAL, BRAQUIAL, CAROTÍDEO, POPLÍTEO, TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO)

## O QUE REALIZAR

Avaliar o ritmo, a frequência (regularidade), a intensidade (amplitude), forma e tensão do pulso Arterial em Artérias Radial, Carotídea, Axilar, Braquial, Femoral, Poplítea, Tibial Posterior e Pedioso, por meio da inspeção e palpação dos mesmos, além da ausculta do pulso carotídeo;

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

## OBJETIVOS

- Identificar prováveis alterações cardiovasculares, que possam ser identificadas através da verificação do Pulso (Extrassístoles, Fibrilação atrial, coarctação de aorta, doença de aorta e dos Ramos);
- Identificar a velocidade em que o pulso se apresenta, se de forma rítmica ou arrítmica;
- Mensurar os valores da frequência dos pulsos;
- Detectar a amplitude ou Magnitude do pulso (Ampla, mediana, pequena);
- Averiguar os tipos de onda (normal, paradoxal, filiforme)
- Verificar a Tensão ou dureza (mole, duro);
- Comparar os pulsos em ambos os membros;

## FREQUÊNCIA

- Na consulta de Enfermagem a indivíduos com Hipertensão, que buscam atendimento via demanda agendada ou espontânea na Atenção primária à saúde, no mínimo semestralmente e/ou conforme necessário, ou como forma de rastreio na população geral, no mínimo anualmente;;

## EM QUAIS LOCAIS

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Estetoscópio com diafragma e campânula
- algodão
- álcool a 70%
- Água e sabão
- Prontuário Eletrônico - PEC

## PROCEDIMENTOS

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES ANTES DA AFERIÇÃO

- **Quanto ao ritmo**, às pulsações devem se repetir em velocidade constante, de forma síncrona (rítmico). O ritmo refere-se à sequência dessas pulsações. Quando ocorrem em intervalos iguais, chamamos de ritmo regular. Quando os intervalos são ora mais longos, ora mais curtos, o ritmo é irregular. Uma variação fisiológica se constitui na inspiração profunda, pois com a mesma há aumento do cronotropismo e inotropismo cardíaco, devido ao enchimento ventricular, o que aumenta a frequência e intensidade do pulso, sem que haja alterações. Seria um pulso arritmico associado a inspiração profunda.
- Alguns pulsos arrítmicos podem sinalizar prováveis alterações. Caso não haja sincronismo desse pulso arritmico com a respiração, pode-se sinalizar 2 alterações comuns: a extrasístolia (mais comum) ou a fibrilação atrial. Na extrasístolia não se gera volume sistólico suficiente para gerar pulso, dando a impressão de uma falha no mesmo. Uma maneira de diferenciar a extrasístole da fibrilação atrial na palpação do pulso é palpar o pulso enquanto realizamos a ausculta do coração. Durante a fibrilação atrial, toda a ausculta será coincidente com os pulsos palpáveis, enquanto na extrasístolia não serão coincidentes;
- **Quanto a frequência**, devemos contar as pulsações durante um minuto em virtude da presença de arritmias, não sendo seguro contar apenas 15 minutos; Salienta-se que a regularidade de um pulso é uma característica distinta do seu ritmo. A regularidade diz respeito à estabilidade (ou não) da amplitude

do pulso enquanto o ritmo refere-se à uniformidade (ou não) do intervalo de tempo entre os pulsos. Desse modo, podem existir pulsos rítmicos, mas irregulares.

- **Quanto a intensidade:** A amplitude é avaliada pela sensação captada a cada pulsação e está diretamente relacionada com o grau de enchimento da artéria na sístole e esvaziamento na diástole. Valores de referencia: A amplitude do pulso arterial é avaliada numa escala de 0 a 4+: 0/4+ - ausente (pulso não palpável); 1/4+ - diminuída (pulso pouco palpável); 2/4+ - normal; 3/4+ - aumentada; 4/4+ - muito aumentada. A **forma normal** de pulso há uma expansão e retração em tempos iguais. O **pulso fraco** é uma característica de corações com algum grau de comprometimento sistólico, quando a força de contração do ventrículo está diminuída e a ejeção do sangue expande pouco a parede do vaso. Aqui teremos o **pulsus parvus** (pulso pequeno). Pode também ser mais demorado. Esse é encontrado no pulso da estenose aórtica grave, conhecido como **parvus tardus**. O pulso pode estar **aumentado** nas condições hiperdinâmicas fisiológicas, como o exercício, emoção, gravidez, ou em situações patológicas como estados febris, hipertireoidismo, hipovolemia, persistência do canal arterial entre muitos outros. A bradisfigmia pode ser normal em atletas. A hipertensão arterial também pode aumentar a intensidade do pulso, porém geralmente é um pulso mais sustentado do que nas condições hiperdinâmicas. Na insuficiência aórtica grave, podemos ver um pulso aumentado de forma exagerada, dando origem a um pulso de intensidade aumentada, ascensão muito rápida e duração muito curta, o famoso **pulso em martelo d'água ou pulso de Corrigan**.
- **A tensão ou dureza** é avaliada pela compressão progressiva da artéria, sendo que se for pequena a pressão necessária para interromper as pulsações, caracteriza-se um pulso mole. No pulso duro, a pressão exercida para desaparecimento do pulso é grande e pode indicar hipertensão arterial. É mandatório realizar sempre o exame de pulso da artéria contralateral, pois a desigualdade dos pulsos pode identificar a presença de lesões anatômicas oclusivas; A parede do vaso não deve

apresentar tortuosidades, sendo facilmente depressível. Na aterosclerose, ocorre deposição de sais de cálcio na parede dos vasos, que pode ser traduzido clinicamente à palpação como um pulso endurecido, irregular, tortuoso, e que recebe habitualmente a denominação de “traqueia de passarinho”;

- **Quanto a forma:** O **pulso entalhado** é aquele no qual palpamos duas impulsões separadas por uma pequena depressão (entalhe). É duplo. Pode ser dividido em **pulsus bisferiens** (dois picos durante a sístole) e **pulso dicrótico** (um pico na sístole e outro na diástole). O primeiro é característico de dupla lesão aórtica ou da cardiomiopatia hipertrófica grave. O segundo pode ser notado em pacientes jovens, com insuficiência cardíaca e alta resistência periférica. O **pulso alternante** pode ser a consequência de uma alternância de força de contração do coração, ou seja, uma sístole que promove um volume maior seguida de uma próxima seguida de um volume menor. Ocorre em situações de miocárdio comprometido. O **pulso paradoxal** pode ser um sinal de pericardite constrictiva ou de tamponamento cardíaco (também encontrado em situações de hipertensão pulmonar grave). Uma das justificativas desse tipo de pulso é o aumento do retorno venoso durante a inspiração, com maior distensão do ventrículo direito, dificultando o enchimento do ventrículo esquerdo.
- Os pulsos femorais diminuídos sugerem coartação de aorta, doença da aorta ou ramos;
- Nos membros inferiores observamos na avaliação do sistema arterial, o aspecto da pele, o trofismo e a pilificação;

## REALIZAÇÃO DA MEDIDA DO PULSO EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

- **Procedimento para verificação da Frequência de pulso**
  - ✓ Lavar as mãos
  - ✓ Orientar o indivíduo quanto ao procedimento
  - ✓ Colocar o indivíduo em posição confortável, sentado ou deitado, com os membros apoiados
  - ✓ Identificar e palpar os pulsos
  - ✓ Observar
    - Estado da parede da artéria (lisa, endurecida, tortuosa);

- Ritmo (regular, irregular);
- Amplitude ou Magnitude (ampla, mediana, pequena);
- Tensão ou dureza (mole, duro);
- Tipos de onda (normal, paradoxal, filiforme);
- ✓ Comparar com o lado homólogo (igualdade, desigualdade).
- ✓ Contar o número de pulsações durante 1 minuto inteiro
- ✓ Lavar as mãos ao término
- ✓ Registrar em prontuário

## LOCALIZAÇÃO E TÉCNICA DE VERIFICAÇÃO DOS PULSOS

- **PULSO RADIAL:** Localiza-se medialmente ao processo estilóide do rádio, com o antebraço apoiado e em supinação; o examinador deve utilizar a polpa dos dedos indicador e médio, o seu polegar se fixa ao dorso do punho;



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico - Artéria Radial. Constantino, et al (2021)

- **Descrição do exame normal:** pulsos palpáveis, simétricos e sem anormalidades. FP = ... ppm (pulsações por minuto).

**SINAIS VITAIS: PULSO**

• **TERMINOLOGIA:**

- **NORMOSFIGMIA:** frequência de pulsações está dentro do normal (entre 60 e 100 bpm).
- **BRADISFIGMIA:** frequência de pulsações abaixo do valor de referência (<60 bpm).
- **TAQUISFIGMIA:** frequência de pulsações acima do valor normal (>100 bpm).

Pulso normal	Faixa etária
60-70 bpm	Homens adultos
70-80 bpm	Mulheres adultas
80-90 bpm	Crianças acima de 7 anos
80-120 bpm	Crianças de 1 a 7 anos
110-130 bpm	Crianças abaixo de um ano
130-160 bpm	Recém-nascidos

**Fonte:** Apostila fundamentos da enfermagem (ebook). disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2018/04/apostila-fundamentos-enfermagem.pdf>

- **PULSO TEMPORAL:** Localiza-se ao nível da fossa temporoparietal, acima do arco zigomático;



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periferico – Artéria Temporal. Constantino , et al (2021)

- **PULSO CAROTÍDEO:** O paciente deve estar em decúbito dorsal com leve extensão da coluna cervical. O examinador coloca-se lateralmente ao paciente e deve localizar, com os dedos indicador e médio, a cartilagem tireóide do paciente. Após localizada deve deslizar seus dedos lateralmente até a borda anterolateral do músculo esternocleidomastoideo e medialmente a esta, realizar leve pressão, com os dedos em forma de gancho, com o objetivo de tentar sentir com suas polpas digitais a pulsação da artéria carotídea. O exame deve ser realizado bilateralmente, a fim de fazer uma análise comparativa, entre os dois pulsos carotídeos. A palpação é sucessiva e não simultânea, uma vez que a palpação simultânea dos pulsos carotídeos requer algumas precauções, pelo perigo de isquemia cerebral nos pacientes idosos com doença aterosclerótica ou ainda pelo risco de estímulo no seio carotídeo, podendo provocar arritmias e até parada cardíaca;

#### Palpação de Artéria Carótida (Passo a Passo)



**Fonte:** Semiologia em Foco, ebook (2020)

- **Ausculta de artérias carótidas:** Com o paciente em decúbito dorsal e leve extensão e rotação lateral da cervical, o examinador posiciona a campânula do estetoscópio medialmente ao esternocleidomastóideo, na altura da cartilagem da tireóide, sobre a artéria carótida. O exame deve ser feito bilateralmente e deve ser complementado com as artérias vertebrais, no trígono posterior do pescoço. O objetivo é a identificação da presença de sopros;

Palpação de Artérias Carótidas e Artérias Vertebrais respectivamente



**FONTE:** Semiologia em Foco, ebook (2020)

- **PULSO SUBCLÁVIO:** é palpada com o examinador anterior ou posterior ao paciente, com os dedos em forma de gancho, acima do terço médio da clavícula;



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico - Artéria Subclávia. Constantino, et al (2021)

- **PULSO AXILAR:** palpável no ápice da axila



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico - Artéria Axilar. Constantino , et al (2021)

- **PULSO BRAQUIAL:** é palpada na direção do sulco medial do músculo bicipital, entre a parte mais espessa dos músculos do bíceps e tríceps no sentido do úmero e/ou fossa cubital.



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico - Artéria Braquial. Constantino , et al (2021)

- **PULSO ULNAR:** é palpada no lado ulnar ventral (lado do dedo mínimo) na altura do processo estilóide ulnar;



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico - Artéria Ulnar. Constantino, et al (2021).

- **PULSO FEMORAL:** é palpada entre a espinha íliaca ântero-superior e a sínfise púbica, logo abaixo do ligamento inguinal.



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico – Artéria Femoral. Constantino , et al (2021)

- **PULSO POPLÍTEO:** no cavado poplíteo, atrás do joelho;



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico – Artéria Poplíteia. Constantino , et al (2021)

- **PULSO PEDIOSO:** no dorso do pé, entre músculo extensor longo do hálux e extensor longo dos dedos (no topo do pé, próximo ao dedão);



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico – Artéria Pediosa. Constantino , et al (2021)

- **PULSO TIBIAL POSTERIOR:** logo atrás do maléolo medial;



**Fonte:** Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico – Artéria Tibial Posterior, Constantino et al (2021).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A. L. B. L (org). **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 440p.

BARROSO, W. K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 116, n. 1, p. 516-658, 2020. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 02 maio 2022.

CONSTANTINO. et al. **Procedimento operacional padrão de verificação da circulação Periférica**. Universidade Federal de Goiás, Hospital das Clínicas, Ebserh, 2021. Semiologia em foco. Universidade Federal de Viçosa, MG. Ebook. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=J1Cl1XNfU4w>. Acesso em: 02 maio 2022.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012. 880p.

POP Nº 6.4

# EXAME DA REGIÃO DO PRECÓRDIO

## O QUE REALIZAR

A inspeção, palpação e ausculta da região precordial

## FREQUÊNCIA

- A cada consulta de Enfermagem a indivíduos com Hipertensão, que buscam atendimento via demanda agendada ou espontânea na Atenção primária à saúde, no mínimo semestralmente e/ou conforme necessário ou em indivíduos saudáveis na consulta de Enfermagem, com a finalidade de rastreamento cardiovascular.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro (a)

## OBJETIVO

- Identificar prováveis alterações cardiovasculares, que possam ser identificadas através do exame da região precordial.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Estetoscópio com diafragma e campânula
- Algodão
- Álcool a 70
- Água e sabão
- Prontuário Eletrônico Do Cidadão (notebook)

## PROCEDIMENTO

### OBSERVAÇÕES IMPORTANTES ANTES DA AFERIÇÃO

- Lavar as mãos;
- Orientar o indivíduo quanto ao procedimento;
- Observar o silêncio do ambiente;
- Orientar para que a pessoa fique em posição confortável, sentado, lateralizado e depois deitado, com os membros apoiados;

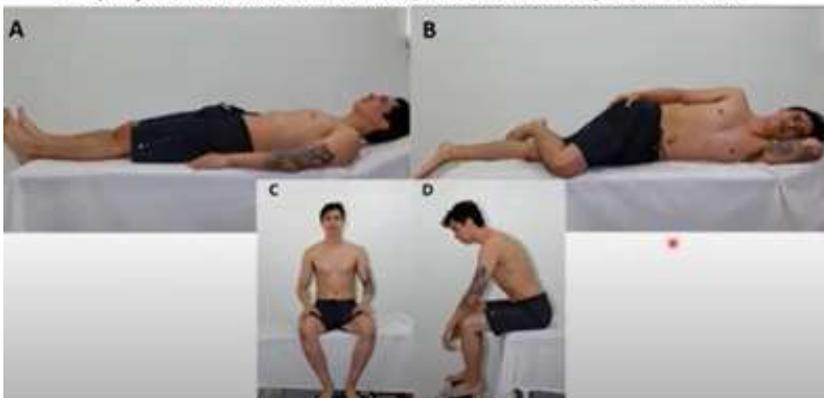
- Realizar o procedimento;
- Liberar o indivíduo para que possa voltar a sentar-se para continuidade da consulta
- Lavar as mãos
- Registrar o procedimento;

## ATENÇÃO

Para um bom exame cardiovascular, além da inspeção, palpação e ausculta do precórdio é necessário associar aspectos do exame físico geral como alterações da coloração da pele e mucosas, presença de edemas, avaliação da perfusão periférica, exame dos pulsos arteriais e venoso jugular, palpação da tireóide, palpação do abdome com o objetivo de avaliar lesões em órgãos alvo, além da verificação da pressão arterial;

**Inspeção Geral:** Paciente inicialmente sentado, depois deitado em decúbito dorsal a 45 graus, depois a 30 graus e por fim decúbito lateral esquerdo

Examine a pessoa com o tórax despido, em local com iluminação adequada, em três posições: decúbito dorsal horizontal, decúbito lateral esquerdo e sentado



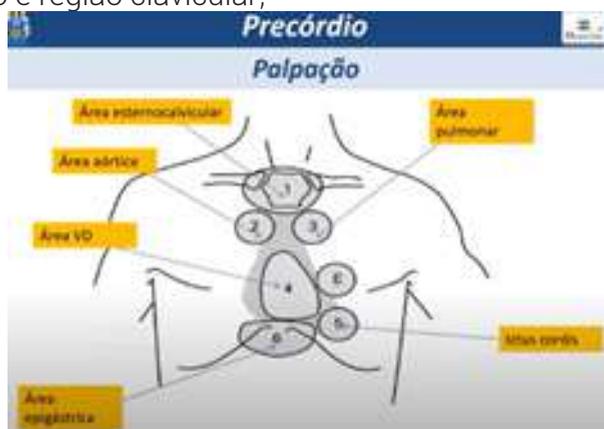
**Fonte:** Semiologia em Foco, ebook (2020)

- Verificar sinais de instabilidade hemodinâmica: verificar se há sinais de sensorio rebaixado, se está sudoreico e com pele fria, que indicam sinais de baixa perfusão e observar sinais de cianose;
- Verificar a temperatura do paciente (verificar se está com pele fria, que indica sinal de baixa perfusão) (Vide POP Sinais Vitais);

- Examinar os pulsos arteriais periféricos bilateralmente quanto ao sincronismo, amplitude e intensidade: Radial, Braquial, Axilar, Poplíteo, Pedioso e Tibial Posterior. Nos ajuda a avaliar coarctação da aorta ou outras obstruções (Vide POP avaliação de pulsos);
- Palpar pulso arterial carotídeo ou femoral (pulsos centrais) bilateralmente. Na região carotídea sem ser simultâneo (vide avaliação de pulsos);
- Verificar sinais de turgência jugular na região cervical
- Realizar Palpação da Tireóide
- Realizar palpação do abdome para verificar lesões em órgãos alvo e verificar o refluxo hepatojugular ou abdomejugular;
- Verificar membros quanto a coloração e enchimento capilar. Pressionar polpa digital e verificar o enchimento da polpa digital (3 segundos normal, acima de 3 segundos indica sinais de lentificação);
- Verificar pressão Arterial para seguir para inspeção do precórdio;

### ALGUMAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

O PRECÓRDIO é a região corresponde a parte superior do estômago (anticardio), a fossa epigástrica e a área de apresentação cardíaca, em especial a região torácica anterior esquerda (Ictus cordis ou impulso cardíaco apical), mas se estende ao tórax direito e região clavicular;



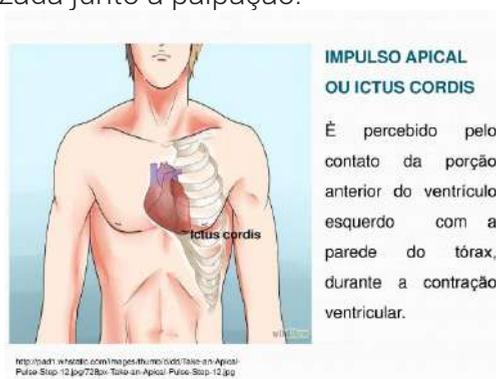
Fonte: Chegg flashcards, ebook (2021)

- **Inspeção do Precórdio:** Deve ser realizada com o tórax exposto, com o paciente deitado em decúbito dorsal e braços e pernas apoiados; Devemos verificar os seguintes itens
- **Deformidades do Precórdio:** Presença de abaulamentos, retrações ou malformações torácicas;



Fonte: Semiologia em Foco, ebook (2020)

- **Análise do ictus cordis: Ictus cordis (choque da ponta ou impulso cardíaco apical)** é o local da parede torácica onde se pode palpar o pulsar do coração. A localização depende da morfologia de cada indivíduo, no entanto a localização e tamanho habitual é no 5º EIE (Espaço Intercostal Esquerdo) dentro da linha hemiclavicular e tem extensão de 2 cm (1 ½ polpa digital), em torno de 10 cm do esterno. A inspeção deve ser realizada junto a palpação.

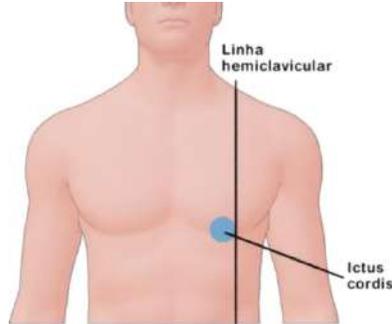


Fonte: Semiologia em Foco, ebook (2020)

- **Mobilidade do precórdio:** A mobilidade deve ser visível;

## PALPAÇÃO DO PRECÓRDIO

**Palpação do ictus Cordis:** Como dito anteriormente deve ser palpado no 5 EIE em torno de 10 cm do esterno



## OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- **Ictus cordis invisível e impalpável** pode ser decorrente de questões fisiológicas como mamas grandes ou musculatura torácica muito desenvolvida, ou decorrente de comorbidades como enfisema pulmonar e obesidade.
- **Ictus Cordis em propulsão** para o lado esquerdo ou anteriorizado pode ocorrer em situações onde houve o deslocamento do mesmo.<sup>1</sup> ou duas polpas digitais do Ictus sugere aumento. Para o lado esquerdo geralmente ocorre como consequência da hipertensão arterial descompensada (cardiopatía) e da insuficiência aórtica grave. Já a verificação de um Ictus anteriorizado no tórax, mais voltado para o externo sugere a favor de um ventrículo direito aumentado;



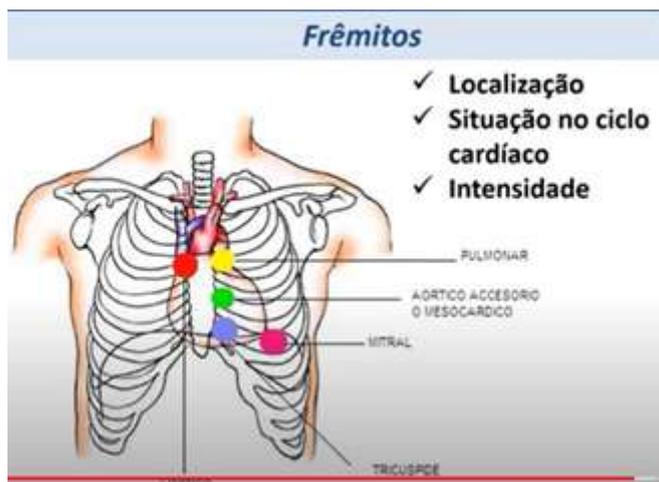
**Fonte:** Semiologia em Foco, ebook (2020)

- **Palpação da amplitude do Tórax:** A palpação dos movimentos palpáveis do ictus cordis tem duração Pequena (1/3 inicial da sístole) e tem amplitude pequena (não eleva o dedo de quem palpa e não oferece resistência a compressão digital);



Fonte: Semiologia em Foco, ebook (2020)

- **Quanto à mobilidade** o Ictus Cordis desloca-se 2 a 3 cm para Esquerda, em decúbito lateral Esquerdo.
- **Palpação dos pontos de Ausculta Cardíaca:** tem a finalidade de palpar a presença de Frêmitos, que são sensações táteis determinadas por vibrações produzidas no coração ou nos vasos, geralmente em decorrência de sopros palpáveis na região torácica. Numa escala de graduação de +1/+6 (1 cruz em 6 cruzes) a +6/+6 (6 cruzes em 6 cruzes), correspondem aos sopros palpáveis acima de +3 (cruzes); São estes os pontos para verificação de frêmitos
- **Foco Aórtico:** 2º espaço intercostal direito junto ao esterno;
- **Foco Aórtico Acessório:** 3º e 4º espaço intercostal esquerdo
- **Foco Pulmonar:** 2º espaço intercostal esquerdo junto ao esterno;
- **Foco Mitral:** 5º Espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, corresponde ao ictus cordis
- **Foco tricúspide:** Base do apêndice xifóide ligeiramente à esquerda



Fonte: Flash cards exames do precórdio, 2021.

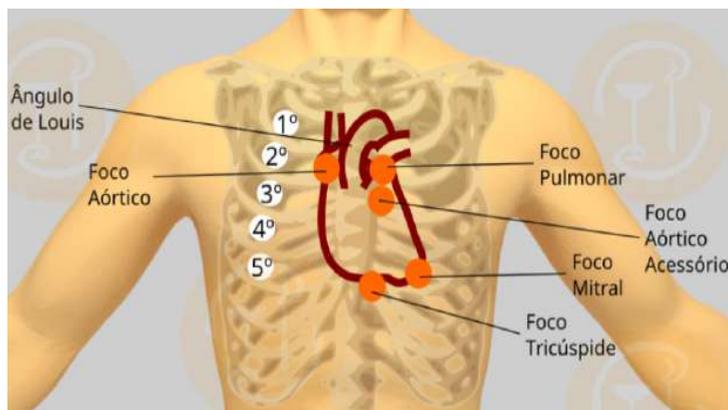
- **Palpação do pulso alternante:** Pulso que alterna de intensidade forte para fraca, de forma repetitiva, observado na palpação radial e concomitante com a ausculta cardíaca. A presença de pulso alternante sugere disfunção ventricular.
- **Palpação de pulso paradoxal (Pulso Braquial x Pulso Venoso (turgência jugular)):** é a queda percebida na verificação da pressão arterial com redução de mais de 15 mmHg na artéria braquial. sabe-se que na inspiração, com a pressão negativa o sangue vai para o coração e há o colapamento das veias jugulares. Em situações como na pericardite constrictiva, ou por um tamponamento cardíaco ou cardiopatia restritiva, não ocorre o colapamento dos pulsos jugulares, gerando turgência das mesmas; mesmo na verificação do pulso jugular, observa-se turgência das mesmas;



Fonte: Procedimento operacional padrão de verificação de Pulso Periférico - veia jugular. Constantino, et al (2021)

- **Avaliação do ritmo do pulso:** Coloca-se o estetoscópio sobre o ictus cordis e verifica-se a sincronia da 1ª bulha cardíaca no ictus cordis com a palpação do pulso carotídeo, para ver se há irregularidade nos pulsos; A falta de sincronia nos pulsos é comum na Fibrilação atrial, que é a arritmia mais comum;
- **Ausulta do Precórdio:** Identificar os sons dos grandes focos em áreas principais de ausculta. Avaliar Ritmo e frequência - são eles
  - ✓ **Foco ou área mitral:** 5º Espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, corresponde ao ictus cordis
  - ✓ **Foco pulmonar:** 2º espaço intercostal esquerdo junto ao esterno
  - ✓ **Foco aórtico:** 2º espaço intercostal direito junto ao esterno
  - ✓ **Foco aórtico acessório:** 3º e 4º espaço intercostal esquerdo
  - ✓ **Foco tricúspide:** Base do apêndice xifóide ligeiramente à esquerda

#### FOCOS DA AUSCULTA CARDÍACA



Fonte: Chegg flashcards, ebook (2021)

#### ATENÇÃO

O coração tem dois grandes ciclos cardíacos chamados de sístole (contração ventricular) e diástole (momento do repouso, do relaxamento, da perfusão).

- **Como fazer a ausculta**

- ✓ 1 passo: Auscultar as duas bulhas com o diafragma do estetoscópio sob o Ictus Cordis (5 EIE, na linha hemiclavicular) e também os sopros

- **A primeira bulha (Sístole):** Colocar o diafragma do estetoscópio no ictus cordis e ao mesmo tempo, palpa as artérias carótidas e observa-se o sincronismo na inspiração. **TUM:** Primeiro som ou vibração decorrente do fechamento das 2 valvas atrioventriculares (Mitral e Tricúspide);

- **A segunda bulha(Diástole). TÁ:** segundo som decorrente do fechamento das valvas semilunares (Aórtica e Pulmonar);

- **Ausculta Normal:** TUM TÁ audível nos focos, decorrente da ausculta das bulhas normofonéticas; Deve-se auscultar com o diafragma do estetoscópio em cada foco o som normal

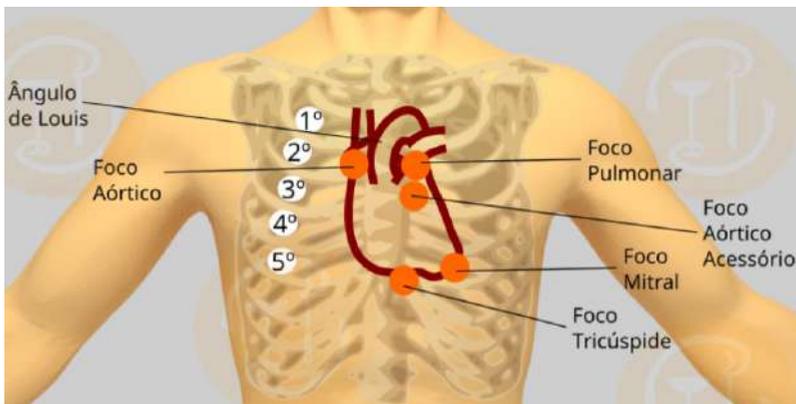
- ✓ Foco Mitral: TUM TA, TUM TA

- ✓ Foco tricúspide: TUM TA, TUM TA

- ✓ Foco Aórtico Acessório: TUM TA, TUM TA

- ✓ Foco Aórtico: TUM TA, TUM TA

- ✓ Foco Pulmonar: TUM TA, TUM TA



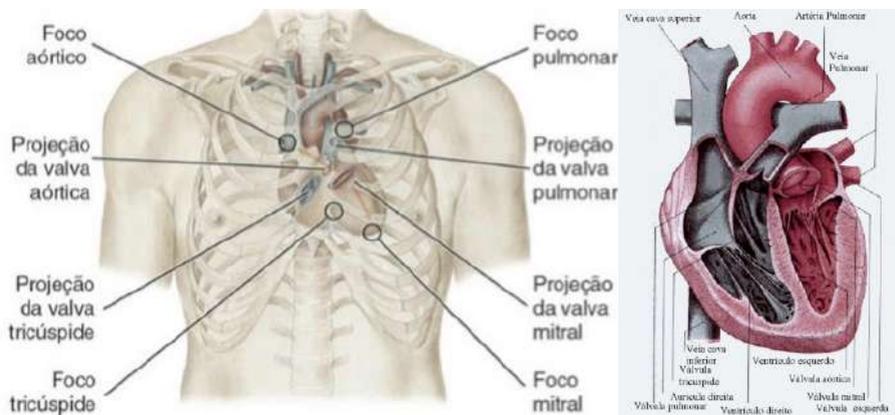
- **Observação 1:** Um desdobramento da segunda bulha pode ser audível e se apresenta com o som TUM TRA. No entanto é fisiológico e sinaliza que, como o ventrículo esquerdo é maior em contratilidade, a valva aórtica fecha mais rápido do que a pulmonar, não sendo motivo de preocupação.

- **Observação 2:** Existem algumas situações que sinalizam ausculta cardíaca sugestiva de alterações. Deve-se realizar a ausculta com a campânula do Estetoscópio, pois permite a ausculta de sons patológicos ( 3 e 4 bulhas). São estes
- **Desdobramento fixo de segunda bulha:** Quando as ausculta do **TUM TRA** está dissociada da inspiração. Você deve pedir para o paciente inspirar e segurar, se persistir ou aumentar o som do desdobramento, aí se chama, desdobramento fixo de segunda bulha, o que fala a favor de sobrecarga de câmara direita e sugere um ventrículo direito muito aumentado;
- **Ausculta de 3 bulha:** Som de 3 bulha: **TUM TA TA**. A terceira bulha acontece no final da diástole, que corresponde ao sangue que vai da valva Mitral ou tricúspide para o ventrículo esquerdo de forma súbita em grande quantidade no momento da diástole
- **Ausculta de 4 Bulha:** Som de 4 bulha: **TRUUM TA**. A 4 bulha é sinal de uma contratilidade atrial vigorosa, que fica na pré sístole, ou seja, onde o átrio mais se contrai, na participação do enchimento ventricular, com o átrio mais contraído. Exemplos: quando o paciente tem um ventrículo duro, fibrótico, infartando, eu posso ter uma 4 bulha. Neta situação o átrio trabalha muito;

## AUSCULTA DE SOPROS

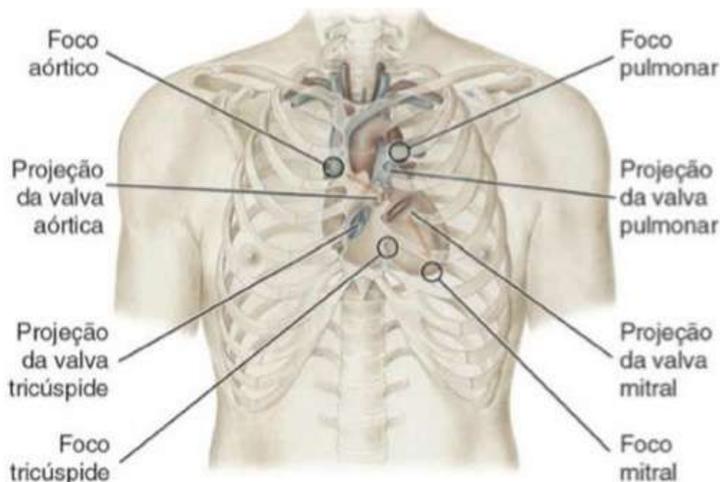
- **Sopro Sistólico:** Quando existe uma patologia de valvas, quando está insuficiente, o sangue que deveria ser jogado do átrio esquerdo, para o ventrículo esquerdo retorna parte dele é o que chamamos de regurgitação ou de refluxo ou de insuficiência. **Então se a sístole é na primeira bulha**, o sopro que nós vamos auscultar dessa insuficiência é um sopro sistólico (vibração na ausculta).
- **Sopro Sistólico em foco Mitral:** Sopro que ocorre durante a sístole na primeira bulha cardíaca (Sopro no TUM) em foco Mitral (Campânula do estetoscópio posicionada no 5º Espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, correspondente ao ictus cordis). Ocorre quando o sangue que deveria ser jogado do átrio esquerdo para o ventrículo esquerdo retorna parte dele, neste caso chama-se de insuficiência Mitral.

- **Sopro Sistólico em foco Tricúspide:** Sopro que ocorre durante a sístole na primeira bulha cardíaca (Sopro no TUM) em foco Tricúspide (Diafragma posicionado na base do apêndice xifóide ligeiramente à esquerda). Ocorre quando o sangue que vai do átrio direito para o ventrículo direito acaba regurgitando parte dele é o que se chama de insuficiência tricúspide.
- **Sopro Sistólico em foco Aórtico:** Sopro que ocorre durante a sístole na primeira bulha cardíaca (Sopro no TUM) em foco Aórtico (Diafragma posicionado 2º espaço intercostal direito junto ao esterno). Ocorre quando há refluxo de sangue pela valva aórtica no momento em que o sangue do ventrículo direito é impulsionado para a aorta, durante a sístole. (EX: Estenose (calcificação) aórtica);
- **Sopro Sistólico em foco Pulmonar:** Sopro que ocorre durante a sístole na primeira bulha cardíaca (Sopro no TUM) em foco Pulmonar (Diafragma posicionado no 2º espaço intercostal esquerdo junto ao esterno). Ocorre quando há refluxo de sangue pela valva pulmonar no momento em que o sangue do ventrículo esquerdo é impulsionado para a aorta, durante a sístole.



- **Sopro diastólico:** A diástole ocorre na segunda bulha (TA), momento em que a aorta se fecha e que a valva pulmonar se fecha para não haver retorno de sangue para os ventrículos.

- **Sopro diastólico em foco Mitral:** Sopro que ocorre durante a diástole na segunda bulha cardíaca (Sopro no TA) em foco Mitral (Campânula do estetoscópio posicionada no 5º Espaço intercostal esquerdo na linha hemiclavicular, correspondente ao ictus cordis). Ocorre quando o sangue que deveria ser jogado para a valva Mitral retorna parte dele, neste caso chama-se de insuficiência Mitral; (EX: Estenose de valva Mitral decorrente da febre reumática: Sopro diastólico em foco Mitral, neste caso a ausculta é semelhante ao Ruflar de Tambores);
- **Sopro diastólico em foco Tricúspide:** Sopro que ocorre durante a sístole na segunda bulha cardíaca (Sopro no TA) em foco Tricúspide (Diafragma posicionado na base do apêndice xifóide ligeiramente à esquerda). Ocorre quando o sangue que vai do átrio direito para o ventrículo direito acaba regurgitando parte dele é o que se chama de insuficiência tricúspide. Pode sinalizar uma insuficiência em valva Tricúspide; (EX; Estenose (calcificação) tricúspide.
- **Sopro diastólico em foco Aórtico:** Sopro que ocorre durante a diástole na segunda bulha cardíaca (Sopro no TÀ) em foco Aórtico (Diafragma posicionado 2º espaço intercostal direito junto ao esterno). Ocorre quando há refluxo de sangue pela valva aórtica no momento da diástole do ventrículo direito, pois há retorno do sangue para o ventrículo direito. Esse sopro pode sinalizar uma insuficiência em valva Aórtica;
- **Sopro diastólico em foco Pulmonar:** Sopro que ocorre durante a diástole na segunda bulha cardíaca (Sopro no TÀ) em foco Pulmonar (Diafragma posicionado no 2º espaço intercostal esquerdo junto ao esterno). Ocorre quando há refluxo de sangue pela valva pulmonar no momento em que há a diástole do ventrículo esquerdo. Pode sinalizar uma insuficiência em valva Pulmonar;



- **Observação 1: A ausculta pulmonar associada a ausculta de Carótidas** permite compreender se o sopro em foco aórtico e subvalvar é decorrente de estenose.
- **Observação 2 (Manobra Rivero Carvalho).** Indicada para diferenciar se o sopro é de origem no foco Tricúspide ou repercussão do foco Mitral. **Como realizar a Manobra:** Fisiologicamente quando o paciente inspira, a pressão torácica fica negativa e o sangue vai para o átrio direito e ventrículo direito. Na Manobra de Rivero Carvalho deve-se posicionar o estetoscópio no foco tricúspide, principalmente, com o paciente em decúbito dorsal. Solicita-se que o indivíduo realize uma inspiração profunda e, ao mesmo tempo em que ele realiza a inspiração, deve-se auscultar o sopro, caso não haja nenhuma alteração na intensidade diz-se que a manobra de Rivero Carvalho foi negativa. Deste modo, suspeita-se que o sopro seja uma irradiação da válvula mitral, pois na medida que a intensidade do sopro aumenta, na inspiração profunda, diz-se que a manobra de Rivero Carvalho é positiva e o sopro é proveniente da válvula tricúspide. Com esta manobra, também pode diferenciar o desdobramento fisiológico do patológico na 2ª bulha no foco pulmonar.

- **Observação 3 (Realizar a Manobra de Harvey).** Como realizar: Solicita-se que o indivíduo fique sentado, inclinado um pouco para frente e que realize uma inspiração, segurar um pouco e expirar, durante a ausculta. Desta forma, quando ele segura, aumenta a pressão intratorácica e consegue auscultar melhor os sons do foco da base. Os Sopros de insuficiência aórtica e pulmonar são melhor auscultados com essa manobra.
- **Observação 4 (Manobra de Valsalva).** Como realizar: Solicita-se que o indivíduo realize uma expiração forçada contra resistência (soprar contra a mão – pede-se que ele coloque o dorso da mão sobre a boca e então sopra) a fim de aumentar a pressão intratorácica, levando, então, à redução do retorno venoso. A manobra de Valsalva auxilia na ausculta cardíaca, quando há suspeita de determinados sopros. Há redução na intensidade de sopros em estenose aórtica, estenose pulmonar, estenose tricúspide, e há aumento na intensidade, em casos de prolapso da valva mitral.
- **Observação 5 (Ausculta de Atrito Pericárdico).** Como realizar: **Na Pericardite** ausculta-se um **ruído (atrato pericárdico)** sem correlação com sístole ou diástole, de forma desordenada e ausculta-se um barulho como de rasgando couro, mais proeminente em foco aórtico acessório, com barulho semelhante ao de pós operatório de cirurgia cardíaca. Nesta situação clínica há dor de natureza torácica, ventilatória dependente e há a queixa do indivíduo de dor como se estivesse infartando. Deve-se dissociar de histórias clínicas de virose e de insuficiência renal crônica importante, como a síndrome nefrótica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, A. L. B. L. (org). **Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto.** 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 440p

BARROSO, W. K. S. et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 116, n. 1, p. 516-658, 2020. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 02 maio 2022.

CONSTANTINO. et al. **Procedimento operacional padrão de verificação da circulação Periférica**. Universidade Federal de Goiás, Hospital das Clínicas, Ebserh, 2021. Semiologia em foco. Universidade Federal de Viçosa, MG. Ebook. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=J1Cl1XNfU4w>. Acesso em: 02 maio 2022.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

JARVIS, C. **Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem**. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012. 880p.

POP Nº 6.5

# CÁLCULO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

## O QUE REALIZAR

Calcular o Índice de Massa Corporal de adultos com hipertensão arterial ou pessoas sem comorbidades como forma de rastreio cardiovascular;

## QUEM DEVE REALIZAR

- Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem.

## OBJETIVOS

- Mensurar se o peso do indivíduo está adequado para sua altura possibilitando caracterizar seu estado nutricional (muito baixo peso, Baixo peso, eutrófico, sobrepeso, obesidade, obesidade mórbida);
- Identificar pessoas em obesidade e sua correlação com a Hipertensão Arterial

## FREQUÊNCIA

- A cada consulta de Enfermagem a indivíduos com Hipertensão Arterial, que buscam atendimento via demanda agendada ou espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS), no mínimo semestralmente (Brasil, 2019) e/ou conforme necessário ou em indivíduos saudáveis (no mínimo anualmente) na consulta de Enfermagem, com a finalidade de rastreio cardiovascular;

## EM QUAIS LOCAIS

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Balança
- Régua antropométrica
- Calculadora
- Algodão
- Álcool a 70
- Água e sabão
- Prontuário Eletrônico Do Cidadão (notebook)

## PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Chamar o indivíduo pelo nome e explicar o procedimento que será realizado;
- Para procedimento de Antropometria consultar POP de Sinais Vitais;
- Relatar ao indivíduo os valores obtidos do peso e estatura;
- Registrar os valores de Peso e Altura;
- Realizar o cálculo do IMC

## Índice de Massa Corporal

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

**Fonte:** Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, Pag 22; ( Brasil, 2011);

- Informar ao paciente o resultado do IMC e sua interpretação, vide tabela abaixo
- Higienizar as mãos;
- Realizar a anotação;

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
<18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

**Fonte:** Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, Pág. 22; (Brasil, 2011);

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:**

**Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI4MQ==>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo financiamento do APS.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2021. 59p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2Mg==>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea (n. 28).** Cadernos de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013. 56p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf). Acesso em: 01 maio 2022.

POP Nº 6.6

# VERIFICAÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL

## O QUE REALIZAR

Verificar a circunferência abdominal de indivíduos adultos

## QUEM DEVE REALIZAR

- Enfermeiro, Técnico ou Auxiliar de enfermagem

## OBJETIVOS

- Identificar a massa de gordura intra-abdominal e da gordura total do corpo por meio da aferição da circunferência abdominal;
- Correlacionar o aumento na distribuição de gordura abdominal em adultos com o risco de complicações crônicas cardiovasculares e metabólicas;

## FREQUÊNCIA

- Na consulta de Enfermagem e triagem a indivíduos com Hipertensão, que buscam atendimento via demanda agendada ou espontânea na Atenção primária à saúde, no mínimo semestralmente e /ou conforme necessário, como também em indivíduos adultos saudáveis, no mínimo anualmente, com a finalidade de rastreamento cardiovascular e metabólico;

## EM QUAIS LOCAIS

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

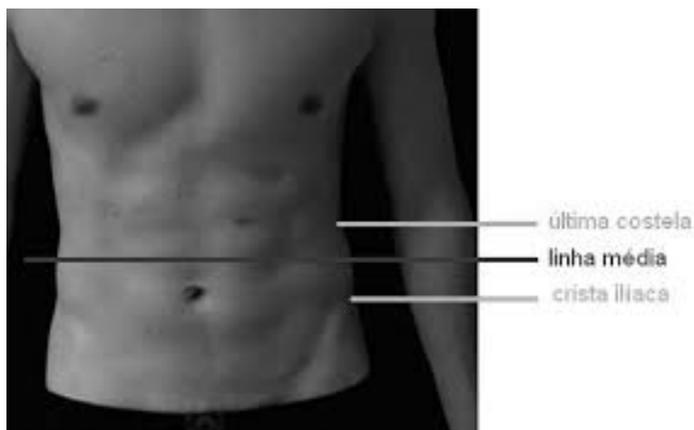
## MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Fita métrica não extensível
- Algodão
- Álcool a 70
- Água e sabão
- Prontuário Eletrônico do Cidadão ( notebook)

## PROCEDIMENTOS

- Lavar as mãos
- Orientar o indivíduo quanto ao procedimento;

- Solicitar que o indivíduo fique em posição ortostática, ereto, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e as pernas paralelas, ligeiramente separadas.
- A roupa deve ser afastada, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto;
- Localizar anatomicamente o ponto médio paralelo entre a crista ilíaca (osso do quadril) e a borda inferior da última costela; visualizado na frente da pessoa, do lado direito ou esquerdo ( se necessário realizar marcação);



**Fonte:** Roteiro de somatometria. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo (2017)

- Posicionar a fita métrica a partir do ponto zero com uma mão, sob o ponto médio localizado e com a outra, passar a fita ao redor da cintura sobre o ponto médio do lado oposto, sem folgas, dobras ou compressão da pele;
- Deve-se verificar se a fita está no mesmo nível em todas as partes da cintura; Pedir à pessoa que inspire e, em seguida, que expire totalmente. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente;
- Lavar as mãos ao término
- Registrar o valor em centímetros;

## VALORES DE REFERÊNCIA

CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL		
SEXO	RISCO DE COMPLICAÇÕES METABÓLICAS E CARDIOVASCULARES ASSOCIADAS À OBESIDADE	
	Aumentado	Muito Aumentado
Homens	≥ 94 cm	≥ 102 cm
Mulheres	≥ 80 cm	≥ 88 cm

Fonte: OMS (2003)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI4MQ==>. Acesso em: 02 maio 2022.

WHO. World Health Organization. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acesso em: 02 maio 2022.

POP Nº 6.7

**EXAMES DOS  
PÉS DAS  
PESSOAS COM  
DIABETES  
MELLITUS**

## O QUE REALIZAR

Exame dos pés das pessoas com diabetes mellitus

## FREQUÊNCIA

- Uma vez ao ano e/ou de acordo com o Sistema de Estratificação de Risco do IWGDF

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro (a)

## OBJETIVO

- Inspeccionar e examinar regularmente os pés das pessoas com Diabetes Mellitus (DM); Identificar precocemente os pés em risco de ulceração, permitindo o tratamento oportuno e evitando o desenvolvimento de complicações.

## EM QUE LOCAL

Sala de procedimento ou consultório da UBS, residência do usuário, Estratégia Saúde da Família, Centros de Saúde, Policlínicas Distritais e Consultório na Rua

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g para verificar a percepção de pressão.
- Diapasão de 128 Hz para verificar a sensibilidade vibratória.

## ANTES DO PROCEDIMENTO

- Histórico: pergunte sobre úlcera/amputação anterior de membros inferiores, doença renal em estágio terminal (DRET), educação prévia sobre os pés, isolamento social, acesso precário a cuidados de saúde e restrições financeiras, dores nos pés (ao caminhar ou em repouso) ou dormência, claudicação;
- Estado vascular: realize a palpação dos pulsos dos pés (pedioso e tibial posterior);

- Pele: avalie da cor da pele, temperatura, presença de calo ou edema, sinais pré-ulcerativos;
- Osso/articulação: verifique se há deformidades (por exemplo, dedos em garra ou em martelo), proeminências ósseas anormalmente grandes ou limitação de mobilidade articular. Examine os pés com o paciente deitado e em pé;
- Avalie a sensibilidade, se em um exame anterior a sensibilidade estava intacta;
- Calçados: verifique se os calçados estão mal ajustados, inadequados ou falta de calçados;
- Avalie presença de má higiene dos pés, por exemplo, corte indevido das unhas dos pés, pés sujos, infecção fúngica superficial ou meias sujas;
- Avalie limitações físicas que podem dificultar o autocuidado com os pés (por exemplo, baixa acuidade visual, obesidade);
- Avalie o conhecimento do usuário sobre os cuidados dos pés;
- Determine se a pessoa é capaz de realizar uma inspeção dos próprios pés. Se não, discuta quem pode ajudar a pessoa nessa tarefa. Pessoas com deficiência visual substancial ou incapacidade física para visualizar seus pés geralmente não conseguem fazer a inspeção de forma adequada;
- Explique a necessidade de realizar a inspeção diária de toda a superfície de ambos os pés, incluindo as áreas entre os dedos;
- Certifique-se de que a pessoa com diabetes sabe notificar o profissional de saúde se perceber a temperatura do pé aumentar ou perceber desenvolvimento de bolha, corte arranhão ou úlcera;

**Revise as seguintes práticas de autocuidado com o(a) usuário(a)**

- Evitar andar descalço, com meias e sem sapato ou com chinelos de sola fina, seja dentro ou fora de casa;
- Não usar calçados muito apertados, com arestas ou costuras desiguais;
- Inspeccionar visualmente e tocar dentro de todos os calçados antes de colocá-los;

- Usar meias/meia sem costuras (ou com as costuras do avesso); não usar meias justas ou na altura do joelho (meias compressivas só devem ser prescritas em colaboração com a equipe de cuidados com os pés) e trocar as meias diariamente;
- Lavar os pés diariamente (com a temperatura da água sempre abaixo de 37 °C) e secar com cuidado, principalmente entre os dedos;
- Não usar qualquer tipo de aquecedor ou bolsa de água quente para aquecer os pés; - Não usar agentes químicos ou emplastros para remover calos ou calosidades; consultar o profissional de saúde adequado para esses problemas;
- Usar hidratante para hidratar a pele seca, mas não entre os dedos dos pés;
- Cortar as unhas dos pés em linha reta;
- Ter os pés examinados regularmente por um profissional de saúde.

### **Avalie a Perda da Sensibilidade Protetora (PSP) com uma das seguintes técnicas**

**Percepção de pressão:** monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g;

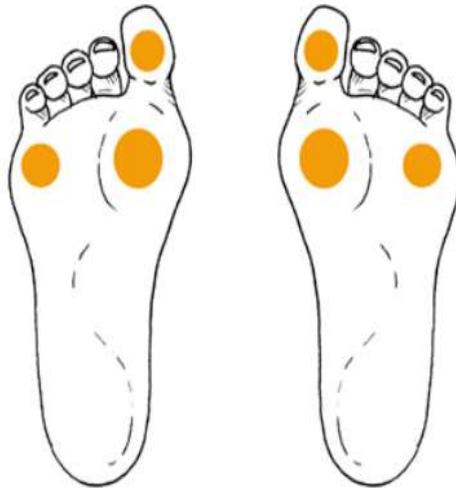
- **Percepção de vibração:** diapasão de 128 Hz;
- Quando o monofilamento ou o diapasão não estiverem disponíveis, teste a sensação tátil: toque levemente as pontas dos dedos do pé do paciente com a ponta do dedo indicador por 1-2 segundos;

## **PROCEDIMENTO**

### **AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE PRESSÃO COM MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN 10 G (5,07)**

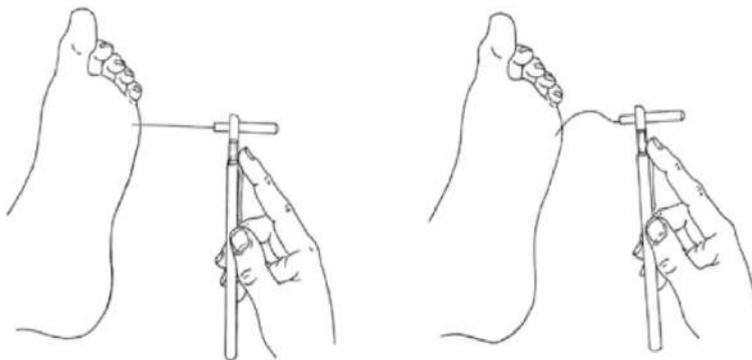
- Primeiro aplique o monofilamento nas mãos do paciente (ou cotovelo ou testa) para demonstrar como é a sensibilidade a ser testada.
- Teste três locais diferentes em ambos os pés (Figura 1);

**Figura 1** - Local que devem ser testados para perda de sensibilidade protetora com o monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g.



- Certifique-se de que o paciente não consiga ver onde o examinador aplica o filamento.
- Aplique o monofilamento perpendicularmente à superfície da pele com força suficiente para curvá-lo (Figura 2);

**Figura 2** - Método adequado de uso do monofilamento de Semmes-Weinstein de 10 g.



- A duração total da abordagem – contato com a pele – e remoção do filamento deve ser de aproximadamente 2 segundos.
- Não aplique o filamento diretamente sobre uma úlcera, calo, cicatriz ou tecido necrótico. • Não deixe que o filamento deslize pela pele ou faça contato repetitivo no local do teste.

- Pressione o filamento na pele e pergunte ao paciente se ele sente a pressão aplicada (“sim”/“não”) e, a seguir, onde ele sente a pressão (por exemplo, “parte do pé esquerdo”/“calcanhar direito”).
- Repita essa aplicação duas vezes no mesmo local, mas alterne com pelo menos uma aplicação “simulada” na qual o filamento não é aplicado (um total de três perguntas por local).
- A sensibilidade protetora estará presente se em cada local o paciente responder corretamente em duas das três aplicações e ausente se responder incorretamente em duas das três aplicações.
- Incentive os pacientes durante o teste, dando feedback positivo.

### **AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE VIBRATÓRIA COM O DIAPASÃO DE 128 HZ**

- Primeiro, aplique o diapasão no pulso do paciente (ou cotovelo ou clavícula) para demonstrar como é a sensibilidade a ser testada.
- Certifique-se de que o paciente não consegue ver se ou onde o examinador aplica o diapasão.
- Aplique o diapasão na face dorsal da falange distal do primeiro pododáctilo – hálux (ou outro dedo do pé se o hálux estiver ausente).
- Aplique o diapasão perpendicularmente, com pressão constante (Figura 3).
- Repita esta aplicação mais duas vezes, mas alterne com pelo menos uma aplicação “simulada” em que o diapasão não esteja vibrando.
- O teste é positivo se o paciente responder corretamente a pelo menos duas de três aplicações e negativo se duas das três respostas estiverem incorretas.
- Se o paciente não conseguir sentir as vibrações na falange distal do hálux, repita o teste na direção mais proximal (por exemplo, maléolo, tuberosidade tibial).
- Incentive o paciente durante o teste, dando feedback positivo.

**Figura 3** - Método adequado de uso do diapásão de 128 Hz para verificar a sensibilidade vibratória



Fonte: IWGDF (2019)

### TESTE DE TOQUE LEVE DOS PÉS (*IPSWICH TOUCH TEST*)

- Explique o procedimento e garanta que tudo foi compreendido.
- Instrua o sujeito a fechar os olhos e a dizer sim quando sentir o toque.
- O examinador toca leve e sequencialmente com a ponta do dedo indicador as pontas do primeiro, terceiro e quinto dedos de ambos os pés por 1-2 s (Figura 4).
- Ao tocar, não empurre, bata de leve ou cutuque.
- A perda de sensibilidade é provável quando o toque leve não é detectado em  $\geq 2$  locais

**Figura 4** - Método adequado realização do Teste do toque leve dos pés



Fonte: <https://aps.bvs.br/aps/como-avaliar-os-pes-dos-pacientes-diabeticos-e-indispensavel-usar-monofilamento-para-testar-sensibilidade/>

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- A prevenção de úlceras nos pés requer a identificação das pessoas em risco como primeiro foco;
- O rastreamento dos pés identifica aqueles em risco e deve incluir especificamente o rastreamento de PSP causada por neuropatia periférica e de sinais ou sintomas de Doença Arterial Periférica;
- Os Monofilamentos tendem a perder a capacidade de curvar-se temporariamente após serem usados várias vezes no mesmo dia ou permanentemente após uso de longa duração. Sugerimos não usar o monofilamento nas próximas 24 horas após avaliar 10-15 pacientes e substituí-lo após o uso em 70-90 pacientes.
- O Teste de toque leve dos pés (também chamado *Ipswich Touch Test*) pode ser usado para rastrear a perda de sensibilidade quando o monofilamento de 10 g ou o diapasão de 128 Hz não estiverem disponíveis. O teste tem uma concordância razoável com esses testes para determinar a perda de sensibilidade, mas sua precisão em prever úlceras nos pés não foi estabelecida.
- Após o exame do pé, estratifique cada paciente usando o sistema de categorias de estratificação de risco do IWGDF (Tabela 1)
- Uma pessoa sem PSP e sem DAP é classificada como IWGDF de risco 0 e possui um risco muito baixo de ulceração. Essa pessoa requer apenas triagem anual. Todas as outras categorias são consideradas “em risco” e requerem triagem dos pés, inspeção regular e exame dos pés mais frequentes do que os pacientes que não estão em risco.

**Tabela 1** - Sistema de Estratificação de Risco do IWGDF e correspondente triagem do pé e frequência de exame

Categoria	Risco de ulceração	Características	Frequência*
0	Muito baixo	Sem PSP e Sem DAP	Uma vez ao ano
1	Baixo	PSP ou DAP	Uma vez a cada 6-12 meses
2	Moderado	PSP + DAP, ou PSP + deformidade no pé ou DAP + deformidade no pé	Uma vez a cada 3-6 meses
3	Alto	PSP ou DAP, e um ou mais dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histórico de úlcera no pé</li> <li>• Uma amputação de membro inferior (menor ou maior)</li> <li>• DRET</li> </ul>	Uma vez a cada 1-3 meses

\* A frequência de triagem é baseada na opinião de especialistas, uma vez que não há evidências publicadas que apoiem esses intervalos de tempo.

PSP: perda de sensibilidade protetora; DAP: doença arterial periférica; DRET: doença renal em estágio terminal.

Fonte: IWGDF (2019)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

IDWGF. International Working Group on the Diabetic Foot. **Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e tratamento de pé diabético**, 2021. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/CONSENSO-INTERNACIONAL-DE-PE-DIABETICO-2019.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

IDWGF. International Working Group on the Diabetic Foot. **Tradução das recomendações do IDWGF pelo GPEPE**, 2020. Disponível em: <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uplo-ads/2020/03/Portuguese-translation-IWGDF-2019-update.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

**BUSCA  
ATIVA DOS  
SINTOMÁTICOS  
RESPIRATÓRIOS**

## O QUE REALIZAR

Busca ativa na comunidade de pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas.

## FREQUÊNCIA

- Diariamente

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem

## OBJETIVO

- Identificar precocemente os casos bacilíferos de tuberculose;
- Interromper a cadeia de transmissão;
- Reduzir a incidência da doença;

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Livro para registro dos sintomáticos respiratórios;
- Caneta
- Material para coleta de baciloscopia (POP 6.20)

## PROCEDIMENTO

- Avaliar todos os contatos de pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea na identificação dos casos índice;
- Perguntar sobre a presença e duração da tosse aos usuários em geral que buscam atendimento na unidade;
- Perguntar sobre a presença e duração da tosse nas visitas domiciliares e atividades coletivas;
- Investigar a tuberculose nas pessoas vivendo com HIV que apresente tosse independente da duração, febre, emagrecimento ou sudorese noturna;

- Investigar a tuberculose nos usuários em situação de rua que apresente tosse independente da duração;
- Investigar a tuberculose nas pessoas em tratamento de Diabetes Mellitus que apresente tosse duração de duas semanas;
- Orientar os sintomáticos respiratórios identificados sobre a coleta do exame de escarro, com especial atenção na técnica e no local apropriado de coleta (POP 6.20);
- Coletar duas amostras de escarro, uma no momento da identificação e outra no dia seguinte (Ver POP Coleta de Material para Baciloscopia);
- Registrar as atividades no instrumento padronizado no livro de registro dos sintomáticos respiratórios
- Estabelecer fluxo para atendimento dos casos positivos e negativos à baciloscopia ou tuberculose multirresistente;
- Identificar e priorizar as áreas de maior afluência de pessoas no serviço de saúde na busca do sintomático respiratório (ex.: sala de espera, recepção, farmácia, serviço odontológico e outros).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, 2. ed. Brasília-DF: 2019. 366p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. v. 1, 3ª. ed. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019. 741p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj-FhM2AosH3AhVkl7kGHaDECIUQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.sau.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fguia\\_vigilancia\\_saude\\_3ed.pdf&usg=AOvVaw1xbG2L2lz61PEqSAXoAbD7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj-FhM2AosH3AhVkl7kGHaDECIUQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.sau.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fguia_vigilancia_saude_3ed.pdf&usg=AOvVaw1xbG2L2lz61PEqSAXoAbD7). Acesso em: 02 maio 2022.

POP Nº 6.9

# NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE TUBERCULOSE

## O QUE REALIZAR

Notificação de todos os casos confirmados de Tuberculose no Sistema de informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da ficha de notificação/investigação.

## FREQUÊNCIA

- Notificação semanal de acordo com a confirmação do caso de Tuberculose

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro (a)

## OBJETIVO

- Informar a ocorrência de casos confirmados de Tuberculose as Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde;
- Contribuir com a vigilância e controle da Tuberculose nos municípios, estados e país.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Ficha de notificação/investigação da tuberculose
- Caneta
- Cartão SUS do usuário

## PROCEDIMENTO

- Notificar os casos de tuberculose após confirmação diagnóstica em duas vias; uma para anexar no prontuário e a segunda enviar para Secretaria Municipal de Saúde;
- Os dados devem ser obtidos diretamente com o paciente e complementados por meio de seu prontuário, de resultados de exames e outras fontes.

- Notificar os casos novos, os reingressos após abandono, as recidivas, transferidos e pós- óbito em ficha Individual de Notificação /Investigação de tuberculose;
- Notificar pela segunda vez na unidade de destino, todo caso transferido de outra unidade de saúde, com o tipo de entrada transferência, no SINAN.
- Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso;
- **No bloco dados gerais;** preencher data da notificação, unidade federativa, município, código do IBGE, unidade de saúde, código da unidade de saúde, data do diagnóstico;
- **No bloco de Notificação Individual;** preencher nome completo do paciente, data de nascimento, idade em (anos, meses, dias ou horas), sexo (masculino ou feminino), dados referentes a gestação ou não se aplica, raça/cor, escolaridade, número do cartão SUS e nome da mãe completo;
- **No bloco dados de Residência;** município de residência, código do IBGE, distrito, bairro, rua/avenida, número, complemento (apartamento, casa...), ponto de referência, CEP, telefone, zona de residência, País se residente fora do Brasil;
- **No bloco dos dados complementares;** Número do prontuário, Tipo de Entrada, Populações Especiais (deverá ser preenchida todas as opções com as respostas (1-Sim ou 2-Não)), Beneficiário de programa de transferência de renda do governo, forma clínica, e se for extrapulmonar indicar o órgão afetado, doenças e agravos associados (deverão ser preenchidas todas as opções com as respostas 1-Sim ou 2-Não);
- **Em continuidade ao bloco dos dados complementares;** Baciloscopia de Escarro (diagnóstico), Radiografia do Tórax, teste do HIV, se o paciente faz uso de Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB, resultado e/ou andamento da da Histopatologia se realizada, resultado e/ou andamento da cultura se realizada, Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB), Teste de Sensibilidade, Data de Início do Tratamento Atual, Total de Contatos Identificados, dados da unidade de saúde e assinatura do profissional responsável pela notificação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, 2. ed. Brasília-DF: 2019. 366p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.061, de 18/05/2020 Revoga a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.061-de-18-de-maio-de-2020-259143078>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instruções para o preenchimento da ficha de notificação/investigação Tuberculose**, \_\_\_\_\_. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/InstrutivodePreenchimento.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

# ANEXO 01

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

Nº

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

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	TUBERCULOSE		3 Código (CID 10) A 16.9
	4 UF	5 Município de Notificação	6 Código (IBGE)	
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Código		7 Data do Diagnóstico
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º trimestre 2-2º trimestre 3-3º trimestre 4 - idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica	13 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 6 - Ignorado
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		21 Código
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone	29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	<b>Dados Complementares do Caso</b>			
	Dados complementares	31 Nº do Prontuário	32 Tipo de Entrada 1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3 - Reingresso Após Abandono 4 - Não Sabe 5 - Transferência 6 - Pós-óbito	
33 Populações Especiais		34 Beneficiário de programa de transferência de renda do governo		
35 Forma		36 Se Extrapulmonar		
37 Doenças e Agravos Associados		38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)		
38 Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)		39 Radiografia do Tórax		40 HIV
41 Terapia Antirretroviral Durante o Tratamento para a TB		42 Histopatologia		
43 Cultura		44 Teste Molecular Rápido TB (TMR-TB)		45 Teste de Sensibilidade
46 Data de Início do Tratamento Atual		47 Total de Contatos Identificados		
Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde		
Nome		Função	Assinatura	

Tuberculose

Sinan NET

SVS

02/10/2014

# TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO (TDO)

## O QUE REALIZAR

Supervisionar a tomada de medicação para tratamento da tuberculose.

## FREQUÊNCIA

- Diariamente ou três vezes na semana.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro, técnico de enfermagem (com supervisão do Enfermeiro)

## OBJETIVOS

Apoiar e monitorar o tratamento das pessoas com tuberculose;

- Evitar o abandono do tratamento de tuberculose.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Medicação para tuberculose.
- Copo descartável.
- Água filtrada.
- Ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do TDO.

## PROCEDIMENTO

- Acolher o paciente;
- Avaliar a presença de efeitos adversos e/ou interações medicamentosas;
- Informar os nomes dos medicamentos administrados;
- Entregar os medicamentos de uso oral com um copo de água e observar a tomada. No caso dos injetáveis, aplicá-los de acordo com a prescrição médica;

- Anotar na ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do TDO;
- Perguntar se existem dúvidas e encorajar o paciente a continuar o tratamento;
- Marcar o próximo encontro. Em acordo entre o profissional responsável administração da medicação observada pode ser agendada diariamente ou três vezes por semana, sendo os dias intercalares e finais de semana auto administrados.
- Providenciar os agendamentos necessários e certificar-se da realização dos exames de controle.
- Pesquisar o paciente mensalmente para ver ajustes necessários na dosagem da medicação;
- Viabilizar a visita domiciliar através de agentes comunitárias (ESF) e/ou outros profissionais para realizar o TDO dos pacientes acamados
- Realizar busca do paciente faltoso ao TDO.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, 2. ed. Brasília-DF: 2019. 366p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica**. Protocolo de Enfermagem. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. 168p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjunfLWo8H3AhWcLbkGHVLC-tQQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.sau.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Ftratamento\\_diretamente\\_observado\\_tuberculose.pdf&usq=AOvVaw3chUQbnvKF2BHTJxELUsWp](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjunfLWo8H3AhWcLbkGHVLC-tQQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.sau.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Ftratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf&usq=AOvVaw3chUQbnvKF2BHTJxELUsWp). Acesso em: 02 maio 2022.

POP Nº 6.11

# COLETA DE EXAMES PARA BACILOSCOPIA

## O QUE REALIZAR

Coleta de material (escarro) para exame de baciloscopia.

## FREQUÊNCIA

Sempre nessas condições:

- Sintomáticos respiratórios, durante estratégia de busca ativa ou pessoas adultas que informar ter tosse e expectoração por três ou mais semanas;
- Pessoas que apresentem alterações pulmonares na radiografia de tórax;
- Contatos de casos de tuberculose pulmonar bacilíferos que apresentem queixas respiratórias;
- Para acompanhamento e controle de cura em casos pulmonares com confirmação laboratorial.

## QUEM DEVE REALIZAR

Auxiliar ou Técnico de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro.

## OBJETIVO

- Realizar a coleta de secreção pulmonar (escarro) para diagnóstico de tuberculose.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Recipientes plásticos descartáveis, com boca larga (50 mm de diâmetro), transparente, com tampa de rosca, altura de 40 mm, capacidade de 35 ml a 50 ml;
- Máscara respiratória.
- Luvas de procedimento
- Óculos protetores.
- Avental descartável, touca.
- Etiqueta de identificação.

- Livro de sintomáticos respiratórios.
- Livro de acompanhamento de casos de tuberculose.
- Caneta ou caneta permanente

## PROCEDIMENTO

- Reunir o material necessário.
- Explicar ao usuário sobre o procedimento a ser realizado, importância e objetivos, sanando todas as dúvidas antes de iniciar a execução.
- Proporcionar um local aberto para realizar a coleta, de preferência ao ar livre ou em locais que apresentem condições adequadas de biossegurança em unidades de saúde.
- Orientar como proceder quando a coleta for realizada em domicílio.
- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- Coletar a primeira amostra no momento da consulta, e orientar a coleta da segunda amostra no dia seguinte, preferencialmente ao despertar. Esta geralmente é de melhor qualidade, porque provém das secreções acumuladas na árvore brônquica durante a noite.
- Entregar o recipiente da coleta com identificação (nome do paciente e data da coleta) deve ser feita no corpo do pote e nunca na tampa, utilizando-se, para tal, esparadrapo, fita crepe ou caneta com tinta permanente. Caso a coleta seja realizada em casa, quando entregue na unidade de saúde fazer essa identificação;
- Orientar à/ao usuário quanto ao procedimento de coleta: ao despertar pela manhã, retirar prótese (se houver) lavar bem a boca com água, inspirar profundamente, prender a respiração por um instante e escarrar após forçar a tosse.
- Repetir essa operação até obter três eliminações de escarro, evitando que ele escorra pela parede externa do pote. Evitar a coleta apenas de saliva ou de volume inferior a 05 ml. Espuma não é valorizada como volume;
- Informar que o pote deve ser tampado e colocado em um saco plástico com a tampa para cima, cuidando para que permaneça nessa posição durante o transporte até a unidade de saúde;

- Para transportar potes de escarro da unidade de saúde para o laboratório, recomenda-se a utilização de caixas térmicas com gelo reciclável ou cubos de gelo dentro de um saco plástico. Na impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, ela poderá ser conservada em geladeira comum até o dia seguinte (24h);
- A requisição do exame de baciloscopia deve ser devidamente preenchida e enviada com o material, fora da caixa de transporte;
- Registrar a coleta no livro de sintomáticos respiratórios ou no livro de acompanhamento de casos de tuberculose;
- Realizar anotação de enfermagem no prontuário do usuário;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**, 2. ed. Brasília-DF: 2019. 366p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. v. 1, 3ª. ed. – Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019. 741p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj-FhM2AosH3AhVkl7kGHaDECIUQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fguia\\_vigilancia\\_saude\\_3ed.pdf&usg=AOvVaw1xbG2L2lz61PEqSAXoAbD7](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj-FhM2AosH3AhVkl7kGHaDECIUQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fguia_vigilancia_saude_3ed.pdf&usg=AOvVaw1xbG2L2lz61PEqSAXoAbD7). Acesso em: 02 maio 2022.

POP Nº 6.12

# NOTIFICAÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE

## O QUE REALIZAR

Notificação de todos os casos confirmados de hanseníase no Sistema de informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da ficha de notificação/investigação.

## FREQUÊNCIA

- Notificação semanal de acordo com a confirmação do caso de hanseníase

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro(a)

## OBJETIVO

- Informar a ocorrência de casos confirmados de hanseníase as Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Ministério da Saúde;
- Contribuir com a vigilância e controle da hanseníase nos municípios, estados e país.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Ficha de notificação/investigação da hanseníase
- Caneta
- Cartão SUS do usuário

## PROCEDIMENTO

- Notificar os casos de hanseníase após confirmação diagnóstica em duas vias; uma para anexar no prontuário e a segunda enviar para Secretaria Municipal de Saúde;
- Os dados devem ser obtidos diretamente com o paciente e complementados por meio de seu prontuário, de resultados de exames e outras fontes.

- Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso;
- **No bloco dados gerais;** preencher data da notificação, unidade federativa, município, código do IBGE, unidade de saúde, código da unidade de saúde, data do diagnóstico;
- **No bloco de Notificação Individual;** preencher nome completo do paciente, data de nascimento, idade em (anos, meses, dias ou horas), sexo (masculino ou feminino), dados referentes a gestação ou não se aplica, raça/cor, escolaridade, número do cartão SUS e nome da mãe completo;
- **No bloco dados de Residência;** município de residência, código do IBGE, distrito, bairro, rua/avenida, número, complemento (apartamento, casa...), ponto de referência, CEP, telefone, zona de residência, País se residente fora do Brasil;
- **No bloco dos dados complementares;** Número do prontuário, Ocupação,
- **No bloco dados clínicos:** Registre o número de lesões de pele com alteração de sensibilidade existentes no paciente por ocasião do diagnóstico; Anotar o número correspondente na casela a Forma Clínica encontrada por ocasião do Diagnóstico, 1. I-Indeterminada, 2. T-Tuberculóide, 3. D-Dimorfa, 4. V- Virchowiana, 5. Não Classificados; Anotar na casela o nº correspondente da classificação operacional do caso para fins de tratamento, atribuída por ocasião do diagnóstico, segundo normas técnicas vigentes. Número correspondente a classificação bacilar do paciente: 1- Paucibacilar, 2- Multibacilar; Registrar o número de nervos afetados (espessados), examinados por ocasião do diagnóstico.
- **No bloco referente ao atendimento:** Anotar na casela o número correspondente ao grau de incapacidade física resultante da avaliação por ocasião do diagnóstico, segundo normas técnicas vigentes; Anotar na casela o número correspondente ao modo de entrada do caso de hanseníase no registro ativo: 1. Caso novo, 2. Transferência do mesmo município, 3. Transferência de outro município, 4. Transferência de outro estado, 5. Transferência de outro país, 6. Recidiva, 7. Outros reingressos – Situações em que o paciente recebeu algum tipo de alta e retorna requerendo tratamento específico, exceto recidiva. Ex: caso que recebeu

alta estatística (saída administrativa) em anos anteriores e reapareceram com a doença em atividade; casos considerados equivocadamente como falecidos; casos multibacilares tratados erroneamente como paucibacilares, que receberam alta por cura no passado e se reapresentam doentes à unidade de saúde; 9- ignorado.

- Anotar na casela o número correspondente ao modo de detecção do caso novo, somente quando MODO DE ENTRADA for CASO NOVO: 1. Encaminhamento, 2. Demanda espontânea, 3. Exame de coletividade, 4. Exame de contatos, 5. Outros modos, 9. Ignorado.
- **No campo dados laboratoriais:** Anotar na casela número correspondente ao resultado da Baciloscopia ou a sua não realização por ocasião do diagnóstico, 1. Positiva, 2. Negativa, 3. Não realizada, 9. ignorado.
- **No campo tratamento:** Registrar o dia, mês e ano do início de tratamento específico (esquema terapêutico inicial); Anotar na casela correspondente o número correspondente ao esquema terapêutico inicial instituído por ocasião do diagnóstico 1. PQT/PB/ 6 doses, 2. PQT/MB/ 12 doses, 3. Outros Esquemas Substitutos.
- **No campo medidas de controle:** Registrar o número de pessoas que residem com o paciente por ocasião do diagnóstico (ou residiram nos últimos 5 anos).
- **No espaço observações adicionais:** informar as observações necessárias para complementar a investigação.
- Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação, código da unidade de saúde, nome completo do responsável por esta investigação, função e registrar assinatura.
- Todos os campos devem ser obrigatoriamente preenchidos, visto que todas as informações são essenciais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília, DF, 2017. 70p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&>

source=web&cd=&ved=2ahUKEwiox\_vvo8H3AhXkAbkGHXgC-CjgQFnoEAcQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fguia\_pratico\_hanseniase.pdf&usq=A0vVaw1pE81CQah-9uTYXlemYXeA. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.061, de 18/05/2020 Revoga a Portaria n° 264, de 17 de fevereiro de 2020, e altera a Portaria de Consolidação n° 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.061-de-18-de-maio-de-2020-259143078>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instruções para o preenchimento da ficha de notificação/investigação Tuberculose**, \_\_\_\_\_. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/InstrutivodePreenchimento.pdf>. Acesso em: 02 maio 2022.

# ANEXO 01

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENIASE**

N°

**Caso confirmado de Hanseníase:** pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:  
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual											
	2	Agravado/doença		Hanseníase											
	3	Código (CID10)		A 3 0.9											
	4	UF	Município de Notificação		Código (IBGE)										
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico								
	Notificação Individual	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento							
10		(ou) Idade		11	Sexo		12	Cestante							
13		Raça/Cor													
14		Escolaridade													
15		Número do Cartão SUS				16				Nome da mãe					
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência		Código (IBGE)		19	Distrito						
	20	Bairro			21			Logradouro (rua, avenida,...)							
	22	Número		23			Complemento (apto., casa, ...)								
	24	Geo campo 1				25				Geo campo 2					
	26	Ponto de Referência				27				CEP					
	28	DDD) Telefone		29		Zona		30				País (se residente fora do Brasil)			
	<b>Dados Complementares do Caso</b>														
	31	N° do Prontuário			32								Ocupação		
Dados Clínicos	33	N° de Lesões Cutâneas		34		Forma Clínica		35		Classificação Operacional		36		N° de Nervos afetados	
	1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado 1 - PB 2 - MB														
Atendimento	37												Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		
	38												Modo de Entrada		
	39												Modo de Detecção do Caso Novo		
Dados Lab.	40												Baciloscopia		
	41												Data do Início do Tratamento		
Tratamento	42												Esquema Terapêutico Inicial		
	43												Número de Contatos Registrados		
Observações adicionais:															
Investigador	Município/Unidade de Saúde						Código da Unid. de Saúde								
	Nome						Função								
	Hanseníase						Sinan NET								
						Assinatura									
						SVS 30/10/2007									

POP Nº 6.13

# EXAMES EM CONTATOS DE HANSENÍASE

## O QUE REALIZAR

Exame dermatoneurológico, Inspeção de espessamento de nervos/palpação de nervos, Vacina BCG nos contatos domiciliares e sociais que convivem ou conviveram de forma prolongada com pacientes com diagnóstico de hanseníase independentemente da classificação operacional do caso notificado – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB).

## FREQUÊNCIA

Realizar agendamento para avaliação inicial de todos os contatos o mais rápido possível. Recomenda-se a avaliação pelo menos uma vez ao ano, por pelo menos 5(cinco) anos, de todos os contatos domiciliares e sociais que não foram identificados como casos de hanseníase na avaliação inicial, independentemente da classificação operacional do caso notificado – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB).

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro e Médico

## OBJETIVOS:

- Detectar casos novos entre as pessoas que convivem ou conviveram de forma prolongada com o paciente que foi diagnosticado com hanseníase;
- Implementar medidas preventivas nos contatos, a fim de contribuir para o rompimento da cadeia de transmissão da doença;
- Identificar as possíveis fontes de infecção no domicílio ou fora dele (social), independentemente de qual seja a classificação operacional do paciente, paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB).

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- 02(dois) tubos de ensaio de vidro de 5ml com tampa;
- 01(uma) garrafa térmica contendo água quente;
- 01(copo) descartável com água e gelo; agulha de insulina;

- algodão ou fio dental sem sabor ou monofilamentos verde (0.05g) do kit estesiométrico;
- Álcool ou Éter;
- Vacina BCG;
- Seringa tuberculínica Batas descartáveis;
- Formulário para registro de avaliação de contatos;
- Caneta;
- Lápis e borracha.

## PROCEDIMENTOS:

- Realizar o exame de contatos em um ambiente com boa iluminação e com o mínimo de interferência externa;
- Acolher o paciente informando a importância de examinar os contatos de hanseníase e explicar as etapas da avaliação que será realizada através de algumas perguntas, exame dermatoneurológico e vacinação BCG se necessário;
- Solicitar ao paciente para vestir uma bata descartável sem necessitar retirar peças íntimas. Caso não seja possível o uso de bata descartável, examinar todo o corpo, sem causar nenhum constrangimento;
- Higienizar as mãos e colocar os EPI's necessários;
- Iniciar a avaliação indagando o contato se existe alguma queixa. O profissional deve ficar atento as queixas gerais e as queixas relacionadas aos sinais e sintomas da hanseníase;
- Realizar inspeção na face (observe bem as orelhas) e todos seguimentos corporais(observe bem tórax, costas, nádegas, MMSS e MMII) buscando manchas, nódulos, placas, pápulas, assim como perda de pelo em alguma área, atrofias, contra-turas, feridas, garras, reabsorção, lagoftalmo, entre outras incapacidades. ;
- Perguntar se existe outra área ou parte do corpo com perda de sensibilidade, dormência, formigamento, alteração da função sudoral (suor), que pode ser percebida pelo achado de áreas secas;
- Se necessário a pesquisa de sensibilidade, iniciar pela testagem térmica, sendo confirmado com segurança a perda da sensibilidade térmica, não há necessidade de realizar a testagem

- dolorosa e tátil. Em caso de dúvidas, realize a testagem térmica, dolorosa e tátil (**Ver POP de Pesquisa de Sensibilidade**);
- Ao término das testagens, com exceção dos tubos de ensaio e monofilamento utilizado, desprezar todo material utilizado e EPI's conforme segregação, acondicionamento e destino final de resíduos);
  - Observar se existe espessamento nos nervos da Face (trigêmio e facial), Pescoço (auricular), Braços (radial, ulnar e mediano) e Pernas (fibular comum e tibial posterior). Os nervos ulnar, tibial posterior e fibular são os mais frequentemente acometidos em hanseníase;
  - Se perceber espessamento em algum nervo, examinar a presença de dor espontânea ou a palpação;
  - Após a investigação dermatoneurológica, caso o contato seja considerado não doente, deve-se avaliar a cicatriz vacinal de BCG seguindo o esquema: Para os menores de 1 ano de idade com comprovação de vacina, não administrar outra dose. Os Maiores de 1 ano de idade **Sem cicatriz**, administrar uma dose; **Uma dose**, administrar outra dose com intervalo mínimo de 6 meses e **Duas doses**: não aplicar nenhuma dose;
  - Registrar no Boletim de Acompanhamento todas informações relativas ao monitoramento dos contatos domiciliares registrados e examinados referentes ao primeiro exame realizado, após o diagnóstico do caso índice notificado. As informações relativas ao seguimento dos contatos domiciliares, bem como o primeiro exame e seguimento dos contatos sociais, deverão constar somente no prontuário;
  - Recomenda-se a avaliação dermatoneurológica pelo menos uma vez ao ano, por pelo menos 5(cinco) anos, de todos os contatos domiciliares e sociais que não foram identificados como casos de hanseníase na avaliação inicial, independentemente da classificação operacional do caso notificado – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB). Após esse período esses contatos deverão ser esclarecidos quanto à possibilidade de surgimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos de hanseníase

## OBSERVAÇÕES

Para fins operacionais, define-se como:

- **Contato domiciliar:** toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco (5) anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não. Atenção especial deve ser dada aos familiares do caso notificado, por apresentarem maior risco de adoecimento, mesmo não residindo no domicílio do caso. Devem ser incluídas, também, as pessoas que mantenham convívio mais próximo, mesmo sem vínculo familiar, sobretudo, àqueles que frequentem o domicílio do doente ou tenham seus domicílios frequentados por ele.
- **Contato social:** toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações sociais (familiares ou não), de forma próxima e prolongada com o caso notificado. Os contatos sociais que incluem vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública:** manual técnico-operacional. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

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

POP Nº 6.14

**PESQUISA DE  
SENSIBILIDADE  
EM CASOS  
SUSPEITOS DE  
HANSENÍASE**

## O QUE REALIZAR

Examinar a sensibilidade térmica, dolorosa e tátil em casos suspeitos de hanseníase.

## FREQUÊNCIA

Na primeira consulta diante de lesões de pele (manchas, placas ou nódulos) e queixas de dormência em partes do corpo.

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro(a)

## OBJETIVO

- Identificar lesões ou áreas da pele com alterações sensitivas;
- Auxiliar no diagnóstico da hanseníase.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- 02(dois) tubos de ensaio de vidro de 05ml com tampa.
- 01(uma) garrafa térmica contendo água quente.
- 01(copo) descartável com água e gelo.
- Agulha de insulina.
- Algodão ou fio dental sem sabor ou monofilamentos verde (0.05g) do kit estesiométrico.
- Alcool ou Eter.
- Luva de procedimento.
- Lixeira com tampa acionada por pedal.
- Sacos plásticos padronizados.
- Caixa coletora para material perfurocortante.
- Lápis; caneta; borracha e outros materiais similares.
- Formulários para registro das informações.

## PROCEDIMENTO

- Realizar os testes em um ambiente com boa iluminação, tranquilo e com o mínimo de interferência externa;
- Acolher o paciente explicando como será realizado a pesquisa de sensibilidade;
- Solicitar ao paciente para vestir uma bata descartável sem necessitar retirar peças íntimas. Caso não seja possível o uso de bata descartável, examinar todo o corpo, sem causar nenhum constrangimento;
- Deixar o paciente em uma posição confortável;
- Averiguar a localização de manchas, placas e nódulos;
- Perguntar se existe outra área ou parte do corpo com perda de sensibilidade, dormência, formigamento;
- Higienizar as mãos e colocar os EPI's necessários;
- Iniciar pela testagem térmica, uma vez que, a primeira sensibilidade perdida na hanseníase é a das fibras mais finas (sensibilidade ao calor e dor). Sendo confirmada com segurança a perda da sensibilidade térmica, não há necessidade de realizar a testagem dolorosa e tátil. Em caso de dúvidas, realize a testagem térmica, dolorosa e tátil;
- Ao término das testagens, com exceção dos tubos de ensaio e monofilamento utilizado, desprezar todo material utilizado e EPI's conforme segregação, acondicionamento e destino final de resíduos);
- Registrar todas as informações e alterações encontradas na ficha de avaliação do paciente.

### TESTE DA SENSIBILIDADE TÉRMICA

- Realizar o teste da sensibilidade térmica priorizando o uso de 02(dois) tubos de ensaio de vidro;
- Inserir água quente e água fria em cada tubo de ensaio;
- Testar o tubo de ensaio com água quente primeiro no profissional. Deve-se ter o cuidado para a temperatura da água não ser muito elevada;
- Explicar e demonstrar a técnica inicialmente com os olhos do paciente abertos e em pele sã, perguntar o que ele sente (frio ou quente), e se existem dúvidas;

- Solicitar que o paciente feche os olhos e iniciar a testagem alternando as extremidades dos tubos de ensaio quente e frio em áreas sãs, nas manchas, placas, nódulos, áreas de pele secas ou áreas referidas pelo paciente como regiões com alteração de sensibilidade;
- Testar territórios dos nervos ulnar (quarto e quinto dedos da mão), do nervo radial (dorso da mão até o terceiro dedo), do nervo fibular (lateral da perna e dorso do pé), do nervo tibial (região plantar). Evite áreas "calosas" (com calosidades ou queratósicas);
- Tocar a pele deixando tempo suficiente para o paciente responder, quente ou frio. Se houver diferença na percepção da temperatura nas lesões (hipo ou anestesia) circundada por áreas periféricas de sensibilidade normal (normoestesia) é sinal de alteração da sensibilidade térmica;
- Repetir o teste para confirmar os resultados em cada área;
- Caso não consiga os tubos de ensaio, utilize um algodão com éter ou álcool para simular o "frio" e um algodão seco para simular o "quente";
- Caso não tenha nenhum desses materiais, realize o teste da sensibilidade dolorosa;

## **TESTE DA SENSIBILIDADE DOLOROSA**

- Realizar o teste da sensibilidade dolorosa utilizando uma agulha de insulina estéril;
- Explicar e demonstrar como vai ser realizado a técnica com auxílio da agulha de insulina com os olhos do paciente abertos;
- Iniciar a realização do teste com a agulha de insulina, tocar a lesão de maneira alternada com a ponta e o cabo da agulha (parte plástica). O paciente deve ser capaz de identificar adequadamente qual parte está em contato com a sua pele. Outra maneira de realizar o teste é encostar a ponta da agulha nas lesões, com leve pressão, tendo cuidado para não perfurar a pele do paciente. Deve-se alternar a área interna e externa à lesão, observando a expressão facial e queixa de respostas à picada. Certificar-se de que a sensibilidade sentida é de dor, pela manifestação de dor (expressão ou vocalização de dor)

ou pela retirada imediata da região estimulada pela agulha. A anestesia ou hipoestesia dentro da área da lesão confirma o diagnóstico;

- A agulha deve ser trocada a cada paciente;
- Ao avaliar uma criança, não mostre a agulha de insulina. Esta deve ficar no bolso do jaleco. Avalie a criança sempre no colo da mãe ou responsável. Tranquilize a criança, demonstre o teste de sensibilidade térmica em você, na mãe e só depois realize o teste na criança. Solicite a mãe tapar os olhos da criança, e, de forma lúdica, pergunte o que ela sente. Se a resposta for confiável e ela não perceber a diferença, confirma-se hanseníase. Se persistir a dúvida sobre a sensibilidade térmica, encoste a ponta da agulha na lesão, com a criança de olhos fechados, e pergunte o que ela está sentindo. Se não houver resposta de retirada ou expressão de dor, há perda de sensibilidade, que pode ser parcial (hipoestesia) ou total (anestesia);
- Repetir o teste para confirmar os resultados em cada área;

### TESTE DA SENSIBILIDADE TÁTIL

- Realizar o teste da sensibilidade tátil utilizando-se uma mecha fina de algodão ou fio dental ou o monofilamento verde (0.05g) do kit estesiométrico;
- Explicar e demonstrar como vai ser realizado a técnica com o uso de uma mecha fina de algodão ou fio dental ou o monofilamento verde (0.05g) com os olhos do paciente abertos;
- Iniciar a realização do teste tátil com o uso de uma mecha fina de algodão ou fio dental ou monofilamento verde (0.05g) alternando entre áreas sã e suspeita, solicitando que o paciente com os olhos fechados informe ou aponte a área ou local que está sendo tocado;
- Repetir o teste para confirmar os resultados em cada área.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília, DF, 2017. 70p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&>

source=web&cd=&ved=2ahUKEwiox\_vvo8H3AhXkAbkGHXgC-CjgQFnoECAcQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fguia\_pratico\_hansenise.pdf&usg=AOvVaw1pE81CQah-9uTYXlemYXeA. Acesso em: 02 maio 2022.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Hanseníase: manejo diagnóstico e terapêutico**. 1. ed. Rio de Janeiro: SMS, 2018. 48p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2rrz-JpMH3AhXhLbkGHfguBbsQFnoECAQQAaw&url=http%3A%2F%2Fsbdrj.org.br%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2018%2F06%2FGuia%2FdeHanseniseDiagnostico.pdf&usg=AOvVaw0XHvQ6RkPqTp-JWUvGeL\\_d6](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj2rrz-JpMH3AhXhLbkGHfguBbsQFnoECAQQAaw&url=http%3A%2F%2Fsbdrj.org.br%2Fwpcontent%2Fuploads%2F2018%2F06%2FGuia%2FdeHanseniseDiagnostico.pdf&usg=AOvVaw0XHvQ6RkPqTp-JWUvGeL_d6). Acesso em: 02 maio 2022.

UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Abordagem da hanseníase na atenção básica**. Florianópolis: CCS/UFSC, 2018. 102 p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiBud-GypMH3AhXuLrkGHRDiDFIQFnoECAMQAaw&url=https%3A%2F%2Fares.unasus.gov.br%2Facervo%2Fbitstream%2FARES%2F14871%2F1%2FApostia\\_Hansen%25C3%25ADase\\_N%25C3%25BAcleo%2520Telessa%25C3%25BAde%2520SC%2520UFSC.pdf&usg=AOvVaw1pPpUpvXN1MjV2FGoaFJpo](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiBud-GypMH3AhXuLrkGHRDiDFIQFnoECAMQAaw&url=https%3A%2F%2Fares.unasus.gov.br%2Facervo%2Fbitstream%2FARES%2F14871%2F1%2FApostia_Hansen%25C3%25ADase_N%25C3%25BAcleo%2520Telessa%25C3%25BAde%2520SC%2520UFSC.pdf&usg=AOvVaw1pPpUpvXN1MjV2FGoaFJpo). Acesso em: 02 maio 2022.

## CAPÍTULO 7

# SAÚDE DO IDOSO

*A vida bem preenchida torna-se longa.*

*Leonardo da Vinci*

### **Elaboração**

---

Ana Claudia Torres de Medeiros

Fabíola de Araújo Leite Medeiros

Tháise Alves Bezerra

# CAPÍTULO 7

- 7.1. Avaliação da Cognição
- 7.2. Avaliação do humor
- 7.3. Aplicação do VES-13 – Identificação do Idoso Vulnerável
- 7.4. Avaliação Nutricional
- 7.5. Medida do Perímetro da panturrilha esquerda
- 7.6. Avaliação da Incontinência Urinária
- 7.7. Identificação de dor crônica
- 7.8. Avaliação da Polifarmácia

POP Nº 7.1

# AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO

## O QUE REALIZAR

Avaliação da função cognitiva na pessoa idosa

## FREQUÊNCIA

- Em consultas anuais por meio de testes ou mediante indicação da Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro

## OBJETIVO

- Permitir a avaliação da função cognitiva.
- Identificar indícios de comprometimento cognitivo.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Caneta
- Lápis
- Borracha
- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- Ficha espelho.

## PROCEDIMENTOS

- Acolher o paciente explicando como serão realizados os testes.
- Realizar os testes em ambiente com boa iluminação, tranquilo e com o mínimo de interferência externa.
- Aplicar o teste rápido (ANEXO 1).
- Fazer registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e na ficha espelho.
- OBS.: Esse teste rápido avalia o funcionamento da memória a partir de três perguntas relacionadas ao esquecimento, podendo receber resposta "sim" ou "não". A presença de esquecimento,

por si só, não é tão importante, pois, a maioria das pessoas tem esquecimento sem que isso represente qualquer problema de saúde. Todavia, quando o esquecimento é percebido pelas outras pessoas ou quando somente as outras pessoas percebem o esquecimento, deve-se ficar mais atento à possibilidade de um esquecimento patológico, sugestivo de demência. Assim, outros dados relevantes são a piora progressiva do esquecimento e, principalmente, quando o esquecimento impede que a pessoa idosa continue fazendo algumas tarefas do cotidiano que sempre fez. O esquecimento associado ao declínio funcional nas atividades de vida diária é bastante sugestivo de problemas de memória que merecem investigação.

- Aplicar o Mini Exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO 2).
- Fazer registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e na ficha espelho.
- OBS.: Esse teste não fecha diagnóstico de demência, mas é usado de forma eficaz para o rastreamento cognitivo não substituindo uma avaliação mais detalhada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. 98p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjlu4zs9r73AhV9pZUCHS-77DggQFnoECAIQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fmanual\\_utilizacao\\_caderneta\\_pessoa\\_idosa.pdf&usg=AOvVaw05AUV\\_tm58r7SFvZfQ8YOa](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjlu4zs9r73AhV9pZUCHS-77DggQFnoECAIQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fmanual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf&usg=AOvVaw05AUV_tm58r7SFvZfQ8YOa). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiNxtWH9773AhXZsJUCHfQz-BoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov>.

br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\_saude\_pessoa\_idosa\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfI7P. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.192p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/YgRksxZVZ4b9j3gS4gw97NN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

# ANEXO 01

## ANEXO 01

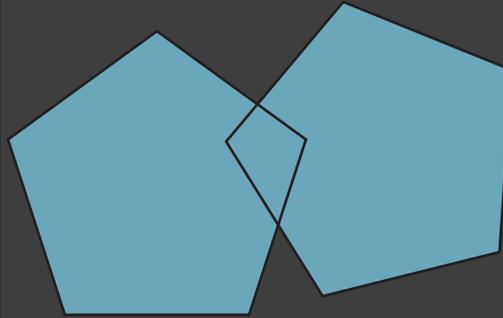
		20__		20__		20__		20__		20__	
		S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
<b>COGNIÇÃO</b>	Alguém da família ou algum(a) amigo(a) falou que você está ficando esquecido(a)?										
	O esquecimento está piorando nos últimos meses?										
	O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?										

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRL-gEHepWai4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRL-gEHepWai4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

# ANEXO 02

## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que local é este aqui?
	Em que bairro nós estamos ou qual é o endereço daqui?
	Em que cidade nós estamos?
Registro (3 pontos)	Em que estado nós estamos?
Atenção e cálculo (5 pontos)	Repetir. CARRO, VASO, TIJOLO
Memória de evocação (3 pontos)	Subtrair: $100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65$
Nomer 2 objetos (2 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
REPETIR (1 ponto)	Relógio e caneta
Comando de estágios (3 pontos)	"Nem aqui, nem ali, nem lá"
Escrever uma frase completa (1 ponto)	Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão.
Ler e exectuar (1 ponto)	Escrever uma frase que tenha sentido
Copiar diagrama (1 ponto)	Fechе seus olhos
	Copiar dois pentágonos com interseção



A pontuação total varia de zero a trinta: para idosos analfabetos, 13 pontos; para aqueles com escolaridade baixa e média, 18 pontos; para escolaridade alta, 26 pontos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.192p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ>. Acesso em: 01 maio 2022.

POP N° 7.2

# AVALIAÇÃO DO HUMOR

## O QUE REALIZAR

Avaliação do humor na pessoa idosa

## FREQUÊNCIA

- Em consultas anuais por meio de testes ou mediante indicação da Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro (a)

## OBJETIVO

- Avaliar sentimentos de desânimo, tristeza ou desesperança, bem como indicativo de possível depressão.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Caneta
- Lápis
- Borracha
- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e ficha espelho.

## PROCEDIMENTO

- Acolher o paciente explicando como serão realizados os testes.
- Realizar os testes em ambiente com boa iluminação, tranquilo e com o mínimo de interferência externa.
- Aplicar o teste rápido (ANEXO 1)
- Fazer registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e na ficha espelho.

OBS.1: Esse teste rápido é composto por duas perguntas, que podem receber resposta "sim" ou "não". Respostas positivas neste item podem sugerir a presença de depressão, ou a existência de

alguma situação que provoque esses sentimentos. Diante do resultado, é necessário que o profissional realize e/ou encaminhe para uma avaliação específica, ocasião em que o profissional devidamente habilitado poderá aplicar outros instrumentos de avaliação para investigar os indicativos de demência, depressão, violência doméstica ou outra situação/condição de saúde que explique o resultado encontrado.

- Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GERIATRIC DEPRESSION SCALE GDS-15) (ANEXO 2).
- Fazer registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e na ficha espelho.

OBS 2: A GDS trata-se de um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (SIM ou NÃO) a respeito de como a pessoa tem se sentido na última semana que favorece a identificação de um estado depressivo no idoso. A GDS não substitui a entrevista específica de avaliação especializada realizada por profissionais da área da saúde mental. Ao aplicar o questionário assinalando SIM ou NÃO a cada item, atribui-se a pontuação (1,0 ponto) correspondente (em negrito) a cada resposta dada e somar os pontos obtidos. Para a avaliação do resultado deverão somados os pontos obtidos nas 15 questões e, conforme resultado considerar o idoso com quadro psicológico normal ou indicativo de depressão leve ou grave.

OBS. 3: Em casos de escores elevados, como encaminhamento, sugere-se a indicação de avaliação neuropsicológica específica e, também, a elaboração de plano de cuidados específico após a discussão em equipe.

OBS. 4: O uso dessa escala não fecha diagnóstico de depressão, mas é considerado eficaz para o rastreamento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. 98p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjlu4zs9r73AhV9pZUCHS-77DggQFnoECAIQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fmanual\\_utilizacao\\_caderneta\\_pessoa\\_idosa.pdf&usg=AOvVaw05AUV\\_tm58r7SFvZfQ8YOa](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjlu4zs9r73AhV9pZUCHS-77DggQFnoECAIQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fmanual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf&usg=AOvVaw05AUV_tm58r7SFvZfQ8YOa). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.192p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ>. Acesso em: 01 maio 2022.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Bdpjn6hWZz45CbmLQTt95pw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 maio 2022.

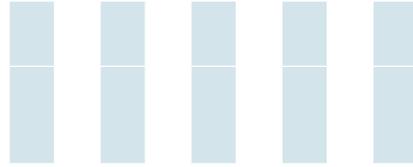
# ANEXO 01

## ANEXO 01

### HUMOR

No último mês você ficou desânimo,  
tristeza ou desesperança?

No último mês você perdeu o interesse  
ou o prazer em atividades anteriormente  
prazerosas?



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiNxtWH9773AhXZsJUCH-fQzBoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiNxtWH9773AhXZsJUCH-fQzBoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

# ANEXO 02

- |   |         |         |
|---|---------|---------|
| 1. Está satisfeito com a vida?                                    | ( ) sim | ( ) não |
| 2. Interrompeu muitas de suas atividades?                         | ( ) sim | ( ) não |
| 3. Acha sua vida vazia?   | ( ) sim | ( ) não |
| 4. Aborrecer-se com frequência?                                   | ( ) sim | ( ) não |
| 5. Sente-se de bem com a vida a maior parte do tempo?             | ( ) sim | ( ) não |
| 6. Teme que algo ruim lhe aconteça?                               | ( ) sim | ( ) não |
| 7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?                        | ( ) sim | ( ) não |
| 8. Sente-se desamparado com frequência?                           | ( ) sim | ( ) não |
| 9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?             | ( ) sim | ( ) não |
| 10. Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas? | ( ) sim | ( ) não |
| 11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?                      | ( ) sim | ( ) não |
| 12. Vale a pena viver como vive agora?                            | ( ) sim | ( ) não |
| 13. Sente-se cheio(a) de energia?                                 | ( ) sim | ( ) não |
| 14. Acha que sua situação tem solução?                            | ( ) sim | ( ) não |
| 15. Acha que tem muita gente em situação melhor?                  | ( ) sim | ( ) não |

Pontuação \_\_\_\_

**Objetivo:** verificar a presença de quadro depressivo.

**Avaliações dos resultados:** uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa.

**Providências com os achados/resultados:** escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.192p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ>. Acesso em: 01 maio 2022.

POP Nº 7.3

**APLICAÇÃO  
DO VES-13  
IDENTIFICAÇÃO  
DO IDOSO  
VULNERÁVEL**

## O QUE REALIZAR

Instruções para aplicação do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável – Ves-13, escala apresentada na caderneta do idoso

## FREQUÊNCIA

Anual ou mediante indicação para Avaliação de Funcionalidade da Pessoa Idosa

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro (a)

## OBJETIVO

- Aplicar o VES-13, com base nos itens relacionados as questões avaliadas dentro das facetas ou domínios expostos pela escala que condizem com: idade, autopercepção da saúde, limitação física, incapacidades;
- Identificar através da Escala VES-13 a classificação de perfis de pessoas idosas com grau de vulnerabilidade em saúde, que necessitam ou não de atenção/apoio domiciliar na execução de suas atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida (AIVD).

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Lápis;
- Caneta;
- Borracha;
- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e ficha espelho.

## PROCEDIMENTO

- Certificar-se da condição cognitiva do idoso em resposta aos questionamentos do VES-13, no que diz seu estado de orientação tempo-espacial no dia da avaliação e da memória, observando com toda ética em saúde, na consulta inicial, a autonomia e independência do idoso em comparecer ao serviço de saúde (veio sozinho, acompanhado, necessita de apoio?).
- As questões são ordenadas por facetas ou domínios (idade, auto-percepção da saúde, limitação física, incapacidades). Essas são expostas por valores atribuídos a cada resposta que o idoso ao dar, o profissional já o anota preenchendo o campo superior da direta do quadro que condiz com o ano da avaliação que deverá também ser preenchido e registrado na caderneta do idoso, ex.: 20\_\_; 2021 – caso o ano de avaliação foi em 2021.
- Na faceta ou domínio relacionados a LIMITAÇÃO FÍSICA, há proposições que precisam ser além de perguntadas, conferidas, caso o profissional de saúde precise avaliar através do exame físico específico, lembrando-se das limitações de dor crônica, que alguns idosos podem referir, e dificuldades, que nesse caso, já se avalia como respostas. Percebe-se que as condições que pontual 0 pontos, estão em negrito, e as que apresentam MUITA DIFICULDADE OU É INCAPAZ DE FAZER – essas estão em outra cor de escrita, determinando que quaisquer respostas marcadas com essas respostas, já se diz que o indivíduo apresenta 2 pontos a serem registrados.
- Na faceta ou domínio relacionados as INCAPACIDADES, há proposições que precisam ser perguntadas, pois cada registro SIM, ou seja, que deixou de fazer as AIVDs, a pontuação será 4 no **comput** da pontuação total.
- A pontuação total da escala para estratificação de perfis do idoso vulnerável, será obtida, incluindo os resultados atribuídos numa ordem de 0-10, levando em conta as seguintes classificações: 0-2 pontos para idosos robustos e independentes (que necessitam de acompanhamento de rotina) e  $\geq 3$  pontos idosos dependentes parcial ou totalmente de apoio e atenção, e estará presente no final da tabela (Brasil, 2017, pág. 18-21).
- Após todo o registro de avaliação pela escala de VES-13, na página 22 da caderneta do idoso, encontra-se o um gráfico

que apresenta o preenchimento do ano de avaliação do VES-13 e nesse gráfico é necessário o profissional identificar os pontos para classificar a necessidade de intervenção quanto ao ACOMPANHAMENTO DE ROTINA ou NECESSIDADE DE ATENÇÃO/AÇÃO.

OBS.: O Uso da ferramenta da Caderneta do Idoso configura-se como um atendimento dentro do Projeto Singular Terapêutico e é uma estratégia essencial de orientação a linha do cuidado integral à saúde do idoso (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018.91p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH7-T9773AhXBCbkGHYL-C48QFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Flinha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf&usg=AOvVaw1uFuMZkAf1ruRjjSv4LuV](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH7-T9773AhXBCbkGHYL-C48QFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Flinha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf&usg=AOvVaw1uFuMZkAf1ruRjjSv4LuV). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 1.ª edição, 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 01 maio 2022.

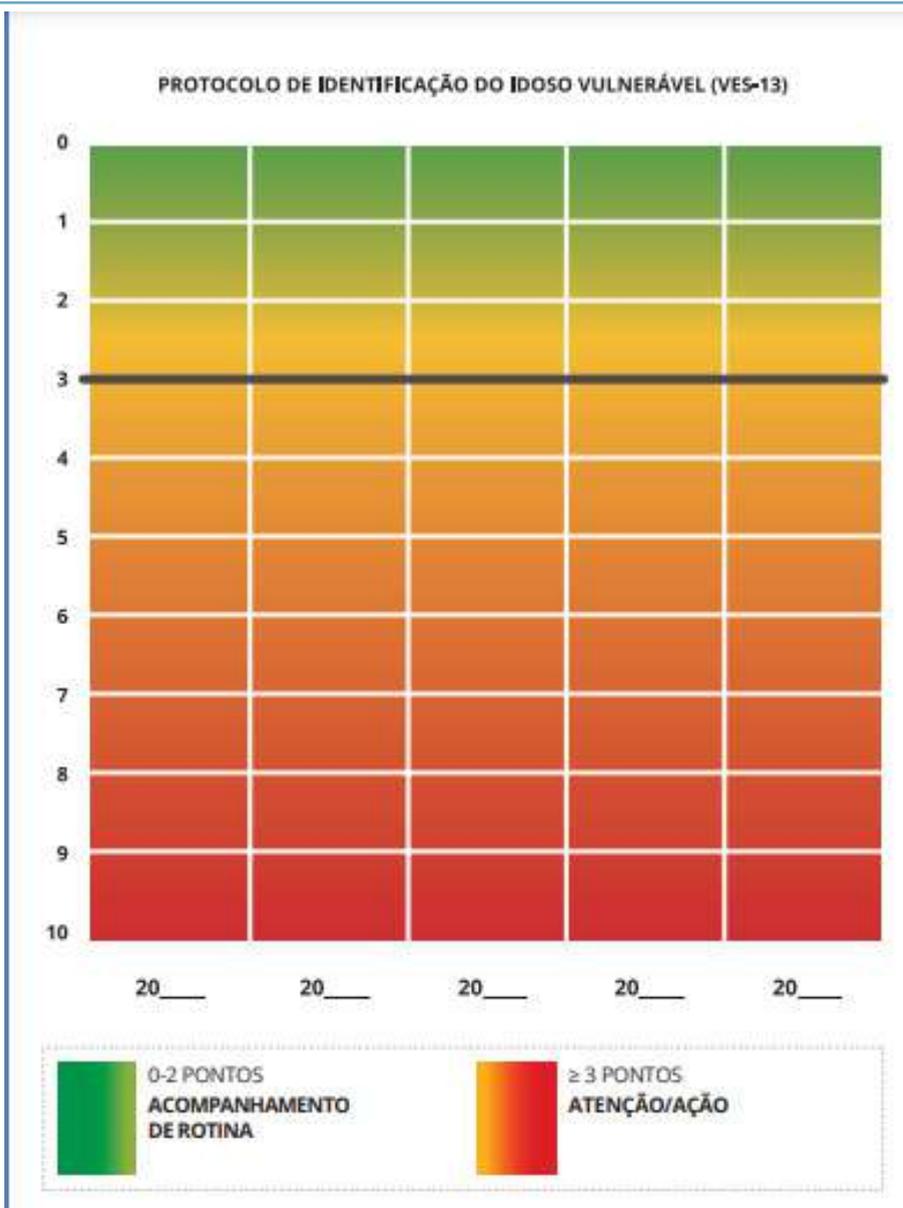
# ANEXO 01



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

	20__	20__	20__	20__	20__
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b> (soma dos itens 1, 2, 3 e 4)					

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRL-gEHepWai4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRL-gEHepWai4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 4ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

POP Nº 7.4

# AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

## O QUE REALIZAR

Instruções para avaliação nutricional da pessoa idosa com vistas a desnutrição ou obesidade; controle da perda de peso não intencional e avaliação do IMC da pessoa idosa, utilizando a Caderneta do Idoso.

## FREQUÊNCIA

- Anual ou mediante indicação para Avaliação de Funcionalidade da Pessoa Idosa

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro (a)

## OBJETIVO

- Pesar e medir o idoso;
- Identificar o Índice de Massa Corpórea;
- Traçar a avaliação do controle de peso;
- Verificar o risco para desnutrição e obesidade.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Balança digital de Bioimpedância
- Régua antropométrica para avaliação de altura de adultos e idosos
- Fita métrica
- Lápis
- Caneta
- Borracha
- Caderneta do idoso e ficha espelho

## PROCEDIMENTO

- Acolher o idoso e assegurar todo cuidado que lhe for possível, quando da avaliação nutricional.
- Iniciar a avaliação pela caderneta do idoso quando pergunta se ele (a) apresentou perda de peso não intencional de no mínimo,

4,5 kg ou de 5% do seu peso corporal no último ano (Brasil, 2017), se sim, aplicar-lhe a Escala de Avaliação Nutricional Reduzida (Sousa *et al.*, 2020).

- Após avaliação, fazer a medição do peso corporal, colaborando com o indivíduo até a subida da balança, e aferição segura do seu real peso corporal.
- Medir com régua antropométrica para medição de estatura, a altura atual do idoso, adaptando a aferição de medidas para aqueles que não conseguem ficar em pé ou tem desvios acentuados de coluna.
- Medir a circunferência dos braços, panturrilha e abdome, se possível.
- Calcular o índice de Massa Corpórea (IMC) e conferir ao nível de peso considerado adequado para o idoso (BRASIL, 2014).
- Outros pontos importantes a serem avaliados no idoso, em relação a nutrição: Avaliar os hábitos alimentares do idoso e a disponibilidade e a variedade de alimentos na família e o recebimento de benefícios provenientes de programas de transferência de renda e outros tipos de auxílio (cesta básica, leite etc.); Avaliar resultados de exames clínicos e bioquímicos e outros dados clínicos e hábitos de saúde pertinentes (sinais clínicos de deficiências de micronutrientes, prática de atividade física, funcionamento intestinal etc.).
- Aspectos associados a funcionalidade são demasiadamente importantes a serem avaliados na assistência ao idoso, quais são: avaliar se há perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira; avaliar também perda da capacidade/ autonomia para preparar os alimentos e para se alimentar; identificar perda dos sentidos: apetite, diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos; dificuldade na visão que dificulte a seleção, o preparo e o consumo dos alimentos; observar perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo em seu apetite;
- Avaliar a cavidade bucal analisando se há dificuldade de mastigação por lesão oral, uso de prótese dentária ou problemas digestivos.

OBS.:

1. O Uso da ferramenta da Caderneta do Idoso, constitui como um atendimento dentro do Projeto Singular Terapêutico e é uma estratégia essencial de orientação a linha do cuidado integral a saúde do idoso (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

2. Os equipamentos para avaliação do estado nutricional devem estar disponíveis em quantidade suficiente e em boas condições de uso e de conservação. Devido ao aumento de usuários com excesso de peso, cada vez mais se tornam necessárias balanças com capacidade para mensuração do peso corporal com capacidade maior do que 150 kg (BRASIL, 2014).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. 91p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH7-\\_T9773AhXBCbkGHYL-C48QFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Flinha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf&usg=AOvVaw1uFuMZkAf1ruRjjSv4LuV](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH7-_T9773AhXBCbkGHYL-C48QFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Flinha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf&usg=AOvVaw1uFuMZkAf1ruRjjSv4LuV). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. 212p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwizqL6D-L73AhXhA9QKHTIKD-IQFnoECAoQAAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Festrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_obesidade\\_cab38.pdf&usq=AOvVaw2cvdnBH5fsfwi37kj89A4L](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwizqL6D-L73AhXhA9QKHTIKD-IQFnoECAoQAAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Festrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf&usq=AOvVaw2cvdnBH5fsfwi37kj89A4L). Acesso em: 01 maio 2022.

SOUSA A. P. G. et al. Nutritional screening using the Mini Nutritional Assessment short form: applicability and challenges. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 9, n. 2, p. 49-53, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v9n2a03.pdf>. Acesso em: 01 maio 2022.

# ANEXO 01

Controle de perda de peso	20__		20__		20__		20__		20__	
Você apresentou perda de peso não intencional* de, no mínimo, 4,5kg ou de 5% do seu peso corporal no último ano?	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N

CONTROLE DE PESO



Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
$\frac{\text{IMC}}{\text{Peso}} \\ \frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$	< 22 kg/m <sup>2</sup>	Baixo peso
	≥ 22 e ≤ 27 kg/m <sup>2</sup>	Peso adequado
	> 27 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRL-gEHepWAI4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvmsms.saude.gov.br%2Fbvms%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRL-gEHepWAI4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvmsms.saude.gov.br%2Fbvms%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

# ANEXO 02

## Escala de Avaliação Nutricional Reduzida (SOUSA et al., 2020)


**Mini Avaliação Nutricional  
MNA® - Versão Reduzida**

---

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso, kg: \_\_\_\_\_ Altura, cm: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Completar a avaliação, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números para obter o escore final de Triagem.

Triagem	
<b>A</b> Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
<b>B</b> Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
<b>C</b> Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
<b>D</b> Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim    2 = não	<input type="checkbox"/>
<b>E</b> Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
<b>F1</b> Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m] <sup>2</sup> ) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2. NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.	
<b>F2</b> Circunferência da Panturrilha (CP) em cm 0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31	<input type="checkbox"/>
<b>Escore de Triagem</b> (máximo: 14 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido	

## Classificação do estado nutricional para idosos (BRASIL, 2014)

Quadro 3 – Classificação do estado nutricional para idosos (acima de 60 anos)

Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	≤22 kg/m <sup>2</sup>	Baixo peso
	>22 e <27 kg/m <sup>2</sup>	Eutrófico
	≥27 kg/m <sup>2</sup>	Sobrepeso

Fonte: Brasil, 2008.

POP N° 7.5

**MEDIDA DO  
PERÍMETRO DA  
PANTURRILHA  
ESQUERDA**

## O QUE REALIZAR

Instruções para avaliação do perímetro da panturrilha esquerda, avaliação apresentada na caderneta do idoso.

## FREQUÊNCIA

Rotina ou para a Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro (a)

## OBJETIVO

- Realizar a medida do perímetro da panturrilha esquerda para avaliação da massa muscular e identificação precoce de sarcopenia.
- Identificar por meio dessa avaliação as pessoas idosas com grau de fragilidade, que necessitam ou não de atenção/apoio domiciliar na execução de suas atividades.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais

## MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Lápis;
- Borracha;
- Fita métrica inelástica;
- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e ficha espelho.

## PROCEDIMENTO

- A pessoa idosa deve estar sentada com a perna pendendo relaxadamente ou em pé com o peso distribuído equitativamente, com os pés afastados 20 cm e panturrilha esquerda exposta.
- A fita inelástica é colocada ao redor da panturrilha esquerda (circunferência máxima no plano perpendicular à linha longitudinal da panturrilha) e deve-se mover a fita para cima e para baixo a

fim de localizar esta máxima circunferência. A fita métrica deve passar em toda a extensão da panturrilha, sem fazer compressão. O valor zero da fita é colocado abaixo do valor medido.

- Registrar o valor obtido, imediatamente, sem arredondamentos.
- Após todo o registro de avaliação, o profissional deve identificar os pontos para classificar a necessidade de intervenção quanto ao ACOMPANHAMENTO DE ROTINA ou NECESSIDADE DE ATENÇÃO/AÇÃO.

OBS.: Medidas menores que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional. Medidas menores que 34 cm podem significar uma tendência à sarcopenia (BRASIL, 2017). Destaca-se, contudo, que a circunferência da panturrilha não deve ser utilizada como indicador isolado de avaliação do estado nutricional em pessoas idosas (BRASIL, 2018).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfI7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfI7P). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. 98p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiXkN2XL73AhXMLrkGHYSXB->

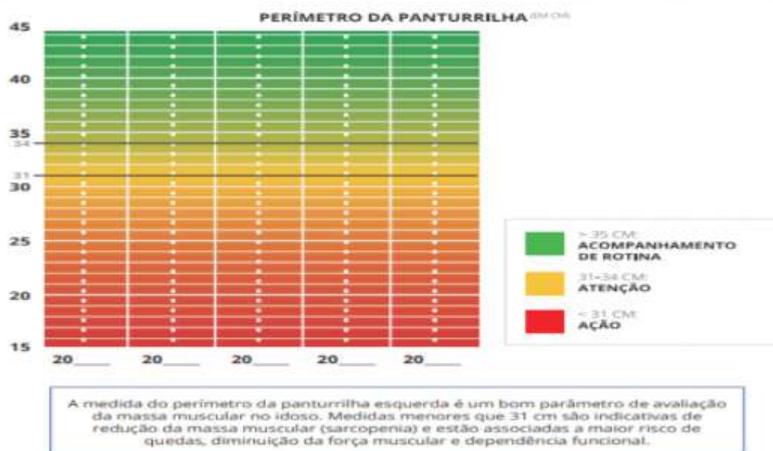
qgQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fmanual\_utilizacao\_caderneta\_pes-soa\_idosa.pdf&usg=AOvVaw05AUV\_tm58r7SFvZfQ8YOa. Acesso em: 01 maio 2022.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTOREL, R. Anthropometrics standartization reference manual. **Champaign: Human Kinetics Books**, v. 31, n. 10, p. 177, 1988. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00140138808966796?journalCode=terg20>. Acesso em: 01 maio 2022.

# ANEXO 01

## DADOS ANTROPOMÉTRICOS - CADERNETA DA PESSOA IDOSA

	20__	20__	20__	20__	20__
Peso					
Altura					
IMC = peso/altura <sup>2</sup>					
Perímetro da panturrilha (PP) esquerda					



BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiMnPGb9773AhUiRL-gEHepWai4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvmsms.saude.gov.br%2Fbvms%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiMnPGb9773AhUiRL-gEHepWai4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvmsms.saude.gov.br%2Fbvms%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

POP Nº 7.6

# AVALIAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

## O QUE REALIZAR

Instruções para a utilização do diário miccional para a avaliação da incontinência urinária da pessoa idosa.

## FREQUÊNCIA

- Rotina ou para a Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro

## OBJETIVO

- Orientar a construção do diário miccional para avaliação da incontinência urinária da pessoa idosa.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais

## MATERIAIS NECESSÁRIOS

- Lápis;
- Instrumento com a avaliação da história clínica e o diário miccional.

## PROCEDIMENTO

- Certificar-se da condição cognitiva do idoso em responder aos questionamentos (ANEXO 1), no que diz a seu estado de orientação tempo-espacial no dia da avaliação e da memória.
- Solicitar e orientar para a que a pessoa idosa construa o seu diário miccional (ANEXO 2).
- Após todo o registro e avaliação, o profissional deve identificar os pontos para classificar a necessidade de intervenção quanto ao ACOMPANHAMENTO DE ROTINA, NECESSIDADE DE ATENÇÃO/AÇÃO e/ou ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS.

OBS.: A Incontinência Urinária pode ser definida como "a perda de urina em quantidade e frequência suficientes para causar um problema social ou higiênico". Pode variar desde um escape ocasional até uma incapacidade total para segurar qualquer quantidade de urina. Quando a pessoa idosa relata perda involuntária de urina, isso deve ser minuciosamente investigado (BRASIL, 2006).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. 98p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiXkN2XL73AhXMLrkGHYSXB-qgQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsmms%2Fpublicacoes%2Fmanual\\_utilizacao\\_caderneta\\_pessoa\\_idosa.pdf&usg=AOvVaw05AUV\\_tm58r7SFvZfQ8YOa](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiXkN2XL73AhXMLrkGHYSXB-qgQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsmms%2Fpublicacoes%2Fmanual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf&usg=AOvVaw05AUV_tm58r7SFvZfQ8YOa). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsmms%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfI7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMnPGb9773AhUiRLgEHepWA-i4QFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsmms.saude.gov.br%2Fbvsmms%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfI7P). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.192p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ>. Acesso em: 01 maio 2022.

# ANEXO 01

## AVALIAÇÃO DA INCONTIÊNCIA URINÁRIA (BRASIL, 2006)

**Quadro 16:** Perguntas para investigação da história clínica de incontinência urinária

Como ocorre a perda urinária (descreva o problema)?
Quando ocorre?
Há quanto tempo ocorre?
Quando esta condição se tornou um problema?
Quantas vezes ela ocorre ao dia?
Há consciência da necessidade de urinar antes do escape?
Há imediatamente consciência de que está se urinando?
Fica molhado/a a maior parte do dia?
Usa fraldas ou outros absorventes para evitar acidentes? Se sim, ocasionalmente ou o tempo todo?
Evita situações sociais por causa dessa problema?
Há uma infecção do trato urinário agora? Há antecedentes?
É mais difícil controlar a urina ao tossir, se esforçar, espirrar ou rir?
É mais difícil controlar a urina quando se está correndo, pulando ou caminhando?
A incontinência é pior ao se ficar sentado ou parado?
Apresenta obstipação intestinal?
Há algo que se possa fazer para reduzir ou evitar os acidentes?
Já foi tratado para essa condição antes? Se sim, com sucesso?
Tentou fazer exercícios do assoalho pélvico (Kegel)? Se sim, com sucesso?
Que cirurgias já realizou? Que lesões teve?
Que medicamentos usa?

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. 192p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ>. Acesso em: 01 maio 2022.

# **ANEXO 02**

**Quadro 17: Modelo de Diário Miccional**

NOME:				IDADE:			
HORÁRIO	MOLHADO	SECO	MICÇÃO NORMAL	HORÁRIO	MOLHADO	SECO	MICÇÃO NORMAL
1:00h				13:00h			
2:00h				14:00h			
3:00h				15:00h			
4:00h				16:00h			
5:00h				17:00h			
6:00h				18:00h			
7:00h				19:00h			
8:00h				20:00h			
9:00h				21:00h			
10:00h				22:00h			
11:00h				23:00h			
12:00h				24:00h			

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. 192p. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTE5NQ>. Acesso em: 01 maio 2022.

POP Nº 7.7

# IDENTIFICAÇÃO DE DOR CRÔNICA

## O QUE REALIZAR

Instruções para elucidações necessárias em relação a avaliação da dor crônica em idosos, com uso da ferramenta da caderneta do idoso.

## FREQUÊNCIA

- Anual ou mediante indicação para avaliação de funcionalidade da pessoa idosa

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro (a)

## OBJETIVO

- Identificar através da Escala Analógica da Dor (EAD) a avaliação contínua da presença de dor crônica no idoso, considerando que a "dor crônica" no idoso não é normal para idade e interfere na saúde do idoso, o que traz prejuízos para sua saúde e funcionalidade.
- Investigar as causas da dor crônica e suas caracterizações.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais e Instituições de Longa Permanência para idosos

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Lápis;
- Caneta;
- Borracha;
- Caderneta do idoso e ficha espelho.

## PROCEDIMENTO

- Certificar-se da condição cognitiva do idoso em resposta aos questionamentos do VES-13, no que diz seu estado de orientação tempo-espacial no dia da avaliação e da memória, observando

com toda ética em saúde, na consulta inicial, a autonomia e independência do idoso em comparecer ao serviço de saúde (veio sozinho, acompanhado, necessita de apoio?).

- Questionar a presença de dor crônica no idoso (aquela que apresenta duração igual ou superior a 3 meses, e registrar a presença ou ausência desta, pelo ano a ser avaliado. Considera-se que o registro na caderneta do idoso, tem avaliação contínua de cinco anos consecutivos, sendo necessário o registro anual ou em todas as vezes que o idoso precisar, porém observando o surgimento da mesma no ano que fora registrado a sua presença. Ex. do registro do ano: 20\_\_; 2021 – caso o ano de avaliação foi em 2021.
- A letra “S” ou “N” equivale respectivamente para respostas: SIM para presença do sintoma da dor crônica e NÃO para a sua ausência, no ano avaliado.
- A EAD apresenta uma escala de 0-10 pontos relacionada ao grau crescente e de gravidade dessa dor, apresentando também, imagens de carinhas que a determinam como três graus a serem registrados de acordo com as datas de avaliação contínua, para os achados de DOR LEVE, DOR MODERADA, DOR INTENSA.

OBS.: A dor crônica é considerada como o quinto sinal vital para o idoso, pois na sua presença o indivíduo deixa de realizar suas AVDs e AIVDs, o que o leva muitas vezes a riscos em relação a sua situação funcional e conseqüentemente risco para declínios e morte precoce. Há o que se preconizar como sinais de alerta na pessoa idosa, e o uso da ferramenta da Caderneta do Idoso, constitui como um atendimento dentro do Projeto Singular Terapêutico (BRASIL, 2017; BRASIL, 2018).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018.91p. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=we->

b&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjFjLG7L73AhVxFLkGH-Z3SDzoQFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Flinha\_cuidado\_atencao\_pessoa\_idosa.pdf&usg=AOvVaw1uFuMZkAfI1ruRjjSv4LuV. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy\\_\\_GL73AhXDELkGHbCwAoAQFn oECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy__GL73AhXDELkGHbCwAoAQFn oECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

POP N° 7.8

# AVALIAÇÃO DA POLIFARMÁCIA

## O QUE REALIZAR

Investigar a polifarmácia (uso concomitante de 5 ou mais ou mais medicamentos) na pessoa idosa.

## FREQUÊNCIA

- Em consultas de rotina ou mediante indicação da Avaliação da Funcionalidade da Pessoa Idosa

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiro (a)

## OBJETIVO

Identificar a polifarmácia na pessoa idosa.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde, Unidades Mistas e Policlínicas Distritais.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Caneta
- Lápis
- Borracha
- Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
- Ficha espelho.

## PROCEDIMENTO

- Acolher o paciente explicando como serão realizados os testes;
- Realizar os testes em ambiente com boa iluminação, tranquilo e com o mínimo de interferência externa;
- Aplicar o questionário (ANEXO 1)
- Caso seja identificado que a pessoa idosa utiliza 5 ou mais medicamentos diariamente, marcar um "X" em "S". Caso contrário, marcar um "X" em "N" (ANEXO 2)
- Avaliar a necessidade de desprescrição e registrar (ANEXO 3)

- Fazer registro na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e na ficha espelho.

OBS.1: Deve-se anotar o nome do medicamento, a concentração e o intervalo entre as doses, além do tempo de uso. Muitas vezes, a medicação foi sugerida por algum amigo ou parente, o que é considerado de automedicação, e representa um grande risco para a saúde.

OBS.2: Muitas pessoas idosas fazem uso de medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas, prescritos ou não por profissionais de saúde habilitados. Desta forma, é fundamental que todos estejam registrados e conferidos em toda consulta.

OBS.3: Todo medicamento deve ter uma indicação precisa e deve ser prescrito somente quando os benefícios superam os possíveis malefícios. Esta avaliação do risco e benefício só pode ser realizada por profissionais de saúde habilitados para a prescrição.

OBS.4: Caso o medicamento seja suspenso, a data e o motivo da suspensão devem ser registrados.

OBS.5: É importante para reforçar a necessidade de estar atento (a) a possíveis efeitos de interações medicamentosas e registrá-las.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada.** Saúde da pessoa idosa. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019. 56p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223374>. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** 4ed. Brasília-DF: Ministério da

Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy\\_\\_GL73AhXDELkGHbCwAoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKf17P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy__GL73AhXDELkGHbCwAoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKf17P). Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018. 98p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjgx7vbL73AhUvBLkGHRtxA-MIQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fmanual\\_utilizacao\\_caderneta\\_pessoa\\_idosa.pdf&usg=AOvVaw05AUV\\_tm58r7SFvZFQ8YOa](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjgx7vbL73AhUvBLkGHRtxA-MIQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fmanual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf&usg=AOvVaw05AUV_tm58r7SFvZFQ8YOa). Acesso em: 01 maio 2022.

# ANEXO 01

Anote os nomes de todos os medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso, prescritos por profissionais de saúde ou na forma de automedicação.

Nome do medicamento, fitoterápico, suplemento ou vitamina e concentração	Dose e frequência	Data de início ou tempo de uso

Foi prescrito por algum profissional de saúde? Qual?	Suspensão	
	Data	Motivo

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy\\_\\_GL73AhXDELkGHbCwAoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy__GL73AhXDELkGHbCwAoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

# ANEXO 02

Polifarmácia	20__		20__		20__		20__		20__	
	S	N	S	N	S	N	S	N	S	N
Uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?										

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy\\_\\_GL73AhXDELkGHbCwAoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjy__GL73AhXDELkGHbCwAoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

# **ANEXO 03**

DESPRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS	
MEDICAMENTO	JUSTIFICATIVA

\* Aquisição gratuita (G) ou particular (P)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. 4ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. 60p. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjyy\\_\\_GL73AhXDELkGHbCwAoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjyy__GL73AhXDELkGHbCwAoAQFnoECAoQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsm.s.saude.gov.br%2Fbvsm%2Fpublicacoes%2Fcaderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.pdf&usg=AOvVaw38wVrEPVET4P2C8odKfl7P). Acesso em: 01 maio 2022.

## CAPÍTULO 8

# ATENÇÃO DOMICILIAR

*O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes.*

*Cora Coralina*

**Elaboração**

---

Francisco de Sales Clementino

# CAPÍTULO 8

## 8.1 Atenção domiciliar



POP Nº 8.1

# ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)

## PERÍODO

- Sempre que se fizer necessário

## QUEM DEVE REALIZAR?

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

## A QUEM SE DESTINA

Usuários acompanhados pela ESF que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade de Saúde.

## CONCEITO

### ATENÇÃO DOMICILIAR

- Modalidade de atenção à saúde favorável a concretização de novas formas de produção do cuidado e de atuação interdisciplinar, em expansão no Brasil e no mundo;
- Dispositivo organizacional e assistencial propício à efetivação de novos modos de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS), pressupondo um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades;
- Consiste nas ações desenvolvidas no domicílio da pessoa, que visem à promoção de sua saúde, à prevenção de agravos e tratamento de doenças, bem como à sua reabilitação e nos cuidados paliativos.

## OBJETIVOS

- Produzir um cuidado integral em saúde, compreendendo a singularidade da vida de cada usuário, e conseqüentemente, melhorando as condições e a qualidade de vida dos mesmos, diante do exercício da escuta e do apoio;
- Realizar assistência de forma acolhedora, para o fortalecimento do laço paciente-profissional, estimulando a participação da família tanto nos cuidados como no suporte afetivo do paciente, favorecendo também para a redução das complicações inerentes aos longos períodos de internações hospitalares;

- Promover a aproximação do ambiente social no qual os usuários vivem, tornando-se um instrumento facilitador para a compreensão mais fidedigna da realidade, sendo possível conhecer o ser humano em suas peculiaridades e não somente a biológica, como geralmente acontece em níveis mais especializados de atenção à saúde.

## COMPETÊNCIAS PRIVATIVAS DO ENFERMEIRO

- Dimensionar a equipe de enfermagem;
- Planejar, organizar, coordenar, supervisionar e avaliar a prestação da assistência de enfermagem;
- Organizar e coordenar as condições ambientais, equipamentos e materiais necessários à produção de cuidado competente, resolutivo e seguro;
- Atuar de forma contínua na capacitação da equipe de enfermagem que atua na realização de cuidados nesse ambiente;
- Executar os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnico-científica e que demandem a necessidade de tomar decisões imediatas;

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário do usuário.
- Papel, lápis e caneta.
- Estetoscópio e Esfigmomanômetro.
- Lanterna.
- Material educativo.
- Fita métrica.
- Abaixador de língua.
- Glicosímetro com fitas.
- Luvas de procedimento e estéreis.
- Pacote de curativos.
- Instrumental para exame clínico.
- Instrumental e medicamentos de acordo com programação prévia (Gaze estéril, algodão).
- EPIs e saco de lixo (coleta de detritos gerados na assistência).
- Impressos: ficha clínica, receituário e planilha de atenção domiciliar.

## AÇÕES ASSISTENCIAIS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

### AÇÕES INTERACIONAIS

- Criar e manter a aproximação com o contexto de vida dos usuários, possibilitando a valorização da dimensão subjetiva das práticas em saúde;
- Otimizar ações para um ambiente familiar terapêutico, que promova a qualidade de vida para o paciente, cuidador e sua família de maneira a construir uma rede de apoio;
- Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;
- Acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- Identificar situações familiares de conflito, bem como adotar medidas de prevenção e abordagem das situações de violência ao paciente;
- Reconhecer os riscos de infecção no domicílio, prevenindo e controlando a transmissão de agentes infecciosos por meio da manutenção da qualidade dos artigos utilizados na prestação dos serviços de saúde, entre outras providências;
- Entender a família como um sistema complexo e aberto, e aplicar conhecimentos e métodos de análise da sua estrutura e dinâmica, identificando sua história e ciclo de vida, recursos e problemas.

### AÇÕES EDUCACIONAIS

- Fornecer informações em tempo hábil e adequado aos pacientes, familiares e cuidadores, considerando as distintas habilidades, idades, culturas, línguas e preferências;
- Identificar, orientar e capacitar o (s) cuidador (es) do usuário em atendimento, envolvendo-o (s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o (s) como sujeito (s) do processo;
- Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;
- Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto familiar;

- Promover processos que visam à melhoria da qualidade de vida do usuário e família em seu domicílio, com a equipe multiprofissional aprimorando o desenvolvimento técnico e científico;
- Orientar a família/cuidadores quanto ao descarte correto de resíduos da assistência e orientações quanto às adaptações possíveis no domicílio, com a finalidade de proporcionar um ambiente salubre e propício à reabilitação;

### AÇÕES ASSISTENCIAIS

- Realizar a atenção domiciliar de enfermagem no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem, por normas, rotinas, protocolos validados e frequentemente revisados, de acordo com as etapas previstas na Resolução COFEN nº 358/2009;
- Registrar todas as ações concernentes à atenção domiciliar de enfermagem em prontuário, para orientação da equipe;
- Buscar garantir uma assistência integral ao usuário da assistência domiciliar, resolutiva e livre de danos por negligência, imprudência e imperícia;
- Respeitar a autonomia do usuário e dinâmica familiar/cuidador em favor da eficácia do cuidado.
- Orientar a família/cuidador quanto a terapêutica medicamentosa, com revisão do prontuário e prescrição domiciliar, além da prevenção aos eventos iatrogênicos associados à polifarmácia e implementação dos cuidados paliativos;
- Avaliar o planejamento e execução de atividade da enfermagem em domicílio junto ao cliente, segundo a complexidade do estado de saúde e dos recursos existentes;
- Garantir o registro das ações no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do Sistema e-SUS Atenção Básica.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A. M. et al. Nursing practice in home care: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 199-208, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226061/>. Acesso em: 02 maio 2022

BORGES, F. R. et al. Estratégia educacional sobre visita domiciliar baseada no curso aberto massivo online. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://reme.org.br/artigo/detalhes/1176>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capítulo Introdutório - Base Conceitual do Sistema**. Saúde Atenção Básica, e-SUS. Disponível em: [http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual\\_3\\_2/introdutorio](http://aps.saude.gov.br/ape/esus/manual_3_2/introdutorio). Acesso em: 20 ago.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática/DAET. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37552>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Melhor em Casa - A segurança do Hospital no conforto do seu lar**. Caderno de atenção domiciliar. v.1. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwinpdPd6sD3AhX0g5UCHXyzD7sQFnoECAUQAQ&url=http%3A%2F%2F189.28.128.100%2Fdab%2Fdocs%2Fgeral%2FCAD\\_VOL1\\_CAP3.pdf&usq=AOVvaw0vKaSXSEcDoFLvA1ZuDywp](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwinpdPd6sD3AhX0g5UCHXyzD7sQFnoECAUQAQ&url=http%3A%2F%2F189.28.128.100%2Fdab%2Fdocs%2Fgeral%2FCAD_VOL1_CAP3.pdf&usq=AOVvaw0vKaSXSEcDoFLvA1ZuDywp). Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 abril 2016. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia//asset\\_publisher/Kujrjw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827](https://www.in.gov.br/materia//asset_publisher/Kujrjw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827). Acesso em: 02 maio 2022.

BRITO, M. J. M. et al. Atenção Domiciliar na Estruturação da Rede de Atenção à Saúde: trilhando caminhos da integralidade. **Research-Investigación-Escuela Anna Nery**, v. 17, n. 4, p.

603-610, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Nhc646sMKwwZJDMXMMwZSrt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 maio 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 564/2017. Aprova o novo Código de Ética da Enfermagem Brasileira. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de novembro de 2017. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html). Acesso em: 02 maio 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 267/2001. Normatiza a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de outubro de 2014. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2672001\\_4304.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2672001_4304.html). Acesso em: 02 maio 2022.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N° 0464/2014. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 outubro 2014. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014\\_27457.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04642014_27457.html). Acesso em: 02 maio 2022.

CUNHA, C. L. F; GAMA, M. E. A. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. *Atualidades da Assistência de Enfermagem*. **Rubio**, v. 1, n. 1, p. 336, 2012. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjW98zk68D3AhXRqpUCH-VOhCtUQFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fedisciplinas.usp.br%2Fmod%2Fresource%2Fview.php%3Fid%3D1819304&usg=AOvVaw3YfwzwQavyMobCRKhz8jfc>. Acesso em: 02 maio 2022.

OMES, R. M; CAMPOS, J. F; COSTA, A. M. G. et al. A visita domiciliar como ferramenta promotora de cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. 1-11, 2021. Disponível em: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo3082708-a-visita-domiciliar-como-ferramenta-promotora-de-cuidado-na-estrat%C3%A9gia-sa%C3%BAde-da-fam%C3%ADlia](https://redib.org/Record/oai_articulo3082708-a-visita-domiciliar-como-ferramenta-promotora-de-cuidado-na-estrat%C3%A9gia-sa%C3%BAde-da-fam%C3%ADlia). Acesso em: 02 maio 2022.

HERMANN, A. P.; NASCIMENTO, J. D.; LACERDA, M. R. Especificidades do cuidado domiciliar apreendidas no processo de formação profissional do enfermeiro. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 545-50, 2014. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/945>. Acesso em: 02 maio 2022.

RIBEIRO, D. F. S.; ABREU, G. P. Atribuições do Enfermeiro em um Programa de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 15, n. 52, p. 55-60, 2017. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/4054](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4054). Acesso em: 02 maio 2022.

VALLE, A. R. M. C.; ANDRADE, D. Habilidades e atitudes do enfermeiro na atenção domiciliar: bases para a prevenção dos riscos de infecção. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 67-72, 2015. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1006>. Acesso em: 02 maio 2022.

## CAPÍTULO 9

# SAÚDE PRISIONAL

*Às vezes ouço passar o vento; e só de ouvir  
o vento passar, vale a pena ter nascido.*

*Fernando Pessoa*

### **Elaboração**

---

**Eloíde André Oliveira**

**Gabriela Maria Cavalcanti Costa**

**Priscila de Araújo Morais**

**Pollyana Rodrigues**

**Roberta Letícia Alves de Sena**

**Gerlane Cavalcante Mendonça**

**Nicole Cristine Diniz de Medeiros Dutra**

# CAPÍTULO 9

## 9.1 Saúde Prisional



POP Nº 9.1

# SAÚDE PRISIONAL

## O QUE REALIZAR

Acolhimento em Unidade Prisional

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

## OBJETIVO

- Humanizar o atendimento e classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam as Unidades Básicas de Saúde, visando identificar suas necessidades de atendimento mediato ou imediato.

## EM QUE LOCAL

Unidades Básicas de Saúde em Unidades Prisionais

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Algodão
- Álcool a70%
- Balança adulto
- Estetoscópio;
- Glicosímetro;
- Canetas, marcador de texto ou lápis de cor;
- Luvas de procedimento de látex
- Mesa clínica;
- Máscaras;
- Receituário;
- Tensiômetro;
- Termômetro digital.

## PROCEDIMENTO

### RECEPÇÃO

- Atender com cordialidade, identificando-se ao paciente.
- Realização de triagem nas portas de entrada das unidades prisionais (A triagem é realizada pelo setor administrativo da

unidade prisional, em alguns casos a equipe de saúde pode avaliar a necessidade de saúde, vulnerabilidade do indivíduo).

**OBS:** Após essa triagem, o reeducando passa pelo procedimento de "revista", e é encaminhada a cela de reconhecimento por quatro dias, para que toda a equipe de plantão o conheça.

- O profissional da recepção (acolhimento - enfermagem) deverá orientar quanto ao fluxo de funcionamento da unidade de saúde (Escuta inicial, não é demanda espontânea, porque todos os reeducandos, antes de entrar para o pavilhão, passam por esse acolhimento) e ofertas de serviços que não sejam exclusivamente consultas com profissionais de saúde como grupos de orientação.
- Verificar o sistema de cadastro (E-SUS/PRONTUÁRIO FÍSICO)
- A Identificação da situação prisional fica no prontuário, onde é registrado o dia da "entrada" atual do reeducando, caso seja reincidente, temos acesso as consultas anteriores/ se realizou teste rápido, se fez tratamento de sífilis e outros de rotina.

## ACOLHIMENTO

- Lavar as mãos antes e após o atendimento, conforme POP (2.1), e/ou higienizar com álcool 70%.
- Informar ao paciente sobre o procedimento de admissão (feito pela direção ou pela UBS)
- Cadastrar o usuário e abrir o prontuário (eletrônico/físico/ RG/CPF/CNS)
- A classificação de risco pode ser realizada na triagem com as orientações da equipe de enfermagem, de acordo com a necessidade de saúde do reeducando, de forma individual ou coletiva, vulnerabilidades, frequência de queixas.
- Para os encaminhamentos internos, podemos classificar a necessidade, dependendo da agenda/demanda do profissional, priorizando atendimentos às urgências.
- Realizar a consulta clínica utilizando a estratégia de **ESCUA QUALIFICADA** na abordagem para a anamnese clínica, com levantamento de doenças pregressas e as queixas atuais, uso de algum medicamento, se é portador de alguma doença crônica e outras, fazendo uma investigação para as demandas

gerais de acordo com a faixa etária, considerando a perspectiva da **CLÍNICA AMPLIADA**.

- Coletar os testes rápidos para infecções sexualmente transmissíveis, Dengue, Zika, COVID19, TB, Hepatite, coleta de citologia oncológica, aferição de glicemia capilar, sinais vitais, peso (IMC) e solicitar exames laboratoriais quando necessário.
- Organizar uma agenda de atendimentos direcionada aos demais profissionais da equipe de saúde em relação aos atendimentos subsequentes.
- Destinação de celas/alas exclusivas para isolamento de reeducando sintomáticas/com necessidades especiais (O berçário é uma cela destinada a gestantes, ou puérperas no presídio feminino; existem celas destinadas a reeducandos que estejam em situação de risco/vulnerabilidade e também de idosos, que são portadoras de doença crônica, e precisam de mais atenção dos plantonistas.
- Distanciamento de ao menos 1,5 metros durante a realização das atividades penitenciárias e garantindo que os atendimentos individuais e coletivos são acompanhados por policiais penais ou chefia de disciplina.
- Realização de visitas virtuais para manutenção do vínculo familiar (No presídio feminino, essas visitas virtuais foram ampliadas, o "visitante" não precisa estar cadastrado na unidade, somente ter vínculo familiar).

## RECOMENDAÇÕES

- Após a consulta clínica inicial agendar o retorno no prazo de 90 dias tendo ainda o prazo de 180 dias para consulta de seguimento.
- Após os resultados recebidos, casos de necessidade de intervenção serão avaliados pela equipe.
- A limpeza deve ser realizada com água e sabão ou solução desinfetante. Se possível, lavar esses espaços pelo menos uma vez ao dia, incluindo a lavagem do chão, portas, paredes e grades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Manual de inspeção a unidades prisionais**. Brasília-DF: CNMP, 2019. 78 p. Disponível em: [https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2019/Manual\\_-\\_Formatado.pdf](https://www.cnmp.mp.br/portal/images/Publicacoes/documentos/2019/Manual_-_Formatado.pdf). Acesso em: 25 ago. 2021.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Administração Penitenciária. **Plano de contingência para o novo coronavírus (Covid-19) no sistema penitenciário do Estado da Paraíba**. João Pessoa, PB: SEAP, 2020. 10 p. Disponível em: [https://paraiba.pb.gov.br/noticias/sistema-penitenciario-tem-plano-de-contingencia-para-combate-ao-covid-19/1585917690521\\_plano-de-contingencia-seap-covid19-pdf.pdf](https://paraiba.pb.gov.br/noticias/sistema-penitenciario-tem-plano-de-contingencia-para-combate-ao-covid-19/1585917690521_plano-de-contingencia-seap-covid19-pdf.pdf). Acesso em: 25 ago. 2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania. Ruppel, A. et al. (orgs.). **Práticas e orientações técnicas da área da saúde nas unidades penais do Paraná**. Curitiba, PR: Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, 2011. 128 p. (Cadernos do Departamento Penitenciário do Paraná). Disponível em: [http://www.depen.pr.gov.br/arquivos/File/caderno\\_saude.pdf](http://www.depen.pr.gov.br/arquivos/File/caderno_saude.pdf). Acesso em: 25 ago. 2021.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Recomendações para protocolo de assistência às mulheres egressas do sistema penitenciário em unidades básicas de saúde**. São Paulo, SP: Secretaria Municipal de saúde. 4 p. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo\\_Egressas\\_Sistema\\_Carcerario\\_29\\_3\\_2021.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Egressas_Sistema_Carcerario_29_3_2021.pdf). Acesso em: 25 ago. 2021.

CAPÍTULO 10

# CONSULTÓRIO NA RUA

*Aprendemos a voar como os passáros e a nadar como os peixes, mas não aprendemos a conviver como irmãos.*

*Martin Luther King*

**Elaboração**

Flávia Gomes Silva

---

# CAPÍTULO 10

## 10.1 Consultório na rua



POP Nº 10.1

# CONSULTÓRIO NA RUA

## O QUE REALIZAR

Acolhimento e Assistência da Pessoa em Situação de Rua (PSR)

## FREQUÊNCIA

- Sempre que necessário

## QUEM DEVE REALIZAR

Profissionais de enfermagem

## OBJETIVO

- Promover o acolhimento e a criação do vínculo do usuário com o serviço do CnaR;
- Responder às necessidades de saúde inerentes à população em situação de rua.

## EM QUE LOCAL

Na rua.

## MATERIAL NECESSÁRIO

- Prancheta
- Ficha de Cadastro individual;
- Ficha de anamnese e exame físico;
- Insumos para aferição de sinais vitais (Termômetro, esfigmo-manômetro, -estetoscópio, oxímetro).

## PROCEDIMENTO

- Realizar a busca ativa das PSR in loco;
- Ao encontrar o usuário se apresentar enquanto equipe de saúde e relatar o objetivo do serviço;
- Estabelecer o primeiro contato com o usuário, em caso de aceitação;
- Acolher o usuário e promover a escuta qualificada;
- Evitar julgamentos, críticas e/ou opiniões pertinentes a situação de vida do usuário;
- Efetivar o cadastro individual junto ao CnaR;

- Realizar a anamnese e exame físico do usuário (Vide POP - );
- Aferir os sinais vitais (POP 6.1);
- Identificar as necessidades de saúde do usuário;
- Realizar os encaminhamentos necessários;
- Disponibilizar orientações quanto a redução de danos causados pelo uso constante de álcool e outras drogas;
- Ofertar orientações sobre as infecções sexualmente transmissíveis e formas de prevenção;
- Intermediar o acesso do usuário aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde;
- Acompanhar a resolutividade da demanda de saúde do usuário;
- Realizar visitas periódicas e reiniciar busca ativa do usuário, em casos de mudança de local de permanência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html). Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjsiljr7cD3AhV0uJUCHYPgANYQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2F189.28.128.100%2Fdab%2Fdocs%2Fpublicacoes%2Fgeral%2Fmanual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf&usg=AOvVaw-04-pcUdK2JB5M9XTsgj8OV](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjsiljr7cD3AhV0uJUCHYPgANYQFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2F189.28.128.100%2Fdab%2Fdocs%2Fpublicacoes%2Fgeral%2Fmanual_cuidado_populacao_rua.pdf&usg=AOvVaw-04-pcUdK2JB5M9XTsgj8OV). Acesso em: 02 maio 2022.

DENEM. Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina. **Saúde da População em Situação de Rua**. 2018. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiLopT37cD3AhXxrZUCHTWnAR8QFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fsaude\\_populacao\\_situacao\\_rua.pdf&usg=AOvVaw2YSPq-c938XieJxn1mLh3i](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiLopT37cD3AhXxrZUCHTWnAR8QFnoECAIQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fsaude_populacao_situacao_rua.pdf&usg=AOvVaw2YSPq-c938XieJxn1mLh3i). Acesso em: 02 maio 2022.



**CIDADE QUE  
TRANSFORMA**

**Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande**

Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

End. Av. Assis Chateaubriand – 1376 – Liberdade

**Telefone: (83) 3315-5126**

**Campina Grande /Paraíba**