PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

Ações do auxiliar e técnico de enfermagem na Atenção Primária à Saúde

CURITIBA

Prefeitura Municipal de Curitiba
Eduardo Pimentel Slaviero

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
Tatiane Correia Filipak

Superintendência Executiva
Juliano Schmidt Gevaerd

Superintendência de Gestão
Jane Sescatto

Diretoria de Atenção Primária à Saúde
Juliana Marcon Hencke

Coordenação de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde
Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto

Elaboração:
Elizandra Rigoni
Giseli Aparecida Ragugneti de Góes
Juliana Marcon Hencke
Rosangela Daniele Vogel Fontana
Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto
Vanessa Schwede

Colaboração:
Grupo Técnico da Enfermagem da SMS Curitiba
Distritos Sanitários de Saúde
Conselho Regional de Enfermagem do Paraná
Leda Maria Albuquerque
Tereza Kindra
Angela Leite
Ana Maria Cavalcanti
Flávia Celene Quadros

Revisão 2024:
Ana Maria Cavalcanti
Aline Cecília Pizzolatto
Karin Madeleine Godarth
Liza Bueno Rosso
Suelen do Carmo dos Anjos Scarabotto

CURITIBA – 2025

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 3

2. OBJETIVO 4

3. APLICABILIDADE 4

4. ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 4

5. ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA DO ADULTO NA APS 6

5.1 ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE 9

5.2 ATRASO MENSTRUAL 13

5.3 MULHER QUE NÃO QUER ENGRAVIDAR 17

5.4 SANGRAMENTO VAGINAL ANORMAL ABUNDANTE 21

5.5 CORRIMENTO VAGINAL 25

5.6 DIFICULDADE VISUAL 29

5.7 OLHO VERMELHO 33

5.8 CONSTIPAÇÃO 37

5.9 SINTOMAS RESPIRATÓRIOS 42

5.10 TOSSE HÁ MAIS DE TRÊS SEMANAS 46

5.11 CEFALEIA/ DOR DE CABEÇA 50

5.12 DOR LOMBAR/ DOR NAS COSTAS 54

5.13 FEBRE EM ADULTO 58

5.14 DIARREIA 62

5.15 RENOVAÇÃO DE RECEITA – HIPERTENSÃO E DIABETES 65

5.15.1 ASSISTÊNCIA A PESSOA COM HIPERTENSÃO E DIABETES AGENDADA PELA CENTRAL DE TELEMONITORAMENTO 69

5.16 AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR (AMGC) 72

6. GLOSSÁRIO 78

6.1 DEFINIÇÕES DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS 78

7. RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA 80

8. REFERÊNCIAS 81

HISTÓRICO DE REVISÕES 81

1. APRESENTAÇÃO

As Unidades Básicas de Saúde constituem-se como pilares na organização dos sistemas de saúde, configurando-se como principal porta de acesso dos usuários. Para tanto, precisam estar organizadas para acolher e atender os usuários, identificando as necessidades de saúde e procurando a melhor maneira de solucioná-las. Como primeiro ponto de atenção, são um local privilegiado para a prevenção de doenças e a promoção de saúde, para tanto a atuação da equipe multiprofissional é fundamental, tendo em vista que todos os profissionais têm possibilidade de atuação e contribuição para a coordenação do cuidado e atendimento das necessidades da população.

O presente protocolo reconhece e legitima o profissional de enfermagem como um dos protagonistas do processo assistencial. Configura-se como uma ferramenta importante para apoiar o acolhimento e atendimento inicial dos usuários nas Unidades de Saúde, com segurança e qualidade, e promover a uniformidade das ações em saúde. Contém informações técnicas, fluxogramas e definições de termos que subsidiam o trabalho da equipe, especialmente dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Sua construção se deu de maneira coletiva, com a participação da equipe de enfermagem e outras categorias profissionais que atuam em diferentes espaços institucionais da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba. Seu desenvolvimento ancorou-se nos programas e protocolos do Ministério da Saúde e da SMS de Curitiba, bem como na literatura pertinente, além da Legislação de Enfermagem e do escopo das atribuições das categorias profissionais. De maneira central, o processo foi orientado pela missão, visão e valores institucionais e pelos principais resultados almejados.

Esta versão tem caráter preliminar e sua aplicação no cotidiano indicará as necessidades de aperfeiçoamento. Está disponível em formato eletrônico no sistema e-Saúde – Módulo Documentos Orientativos, para acesso aos servidores em tempo real, e também no endereço eletrônico www.saude.curitiba.pr.gov.br.

Recomenda-se a aplicação deste material na prática por toda a equipe de enfermagem. Para viabilizar a implementação deste protocolo, é fundamental adotar estratégias de educação

continuada, com o engajamento dos gestores e supervisão dos enfermeiros, proporcionando momentos de atualizações. Cabe destacar que o profissional Enfermeiro é o responsável técnico e coordenador das ações dos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, em conformidade com a Lei do Exercício Profissional (Lei Federal 7.498/86).

Este material foi produzido pelo Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) – Coordenação de Enfermagem da SMS de Curitiba, sendo permitida a reprodução parcial ou total desde que indicada a fonte e sem fins comerciais.

2. OBJETIVO

Este protocolo tem como objetivo apoiar a prática da equipe de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde, durante o acolhimento e atendimento inicial dos usuários nas Unidades de Saúde, com segurança e qualidade, e promover a uniformidade das ações em saúde. Além de apresentar informações técnicas, fluxogramas e definições de termos que subsidiam o trabalho da equipe, especialmente dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

3. APLICABILIDADE

As ações deste protocolo se aplicam à assistência realizada no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, pelos profissionais de enfermagem da Atenção Primária à Saúde.

4. ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O **Acolhimento** é uma diretriz da Política Nacional de Humanização e deve ser implementado em todas as interações entre profissionais de saúde e usuários. Ele não se limita a um espaço específico dentro do serviço de saúde, mas é uma responsabilidade compartilhada por toda a equipe, que deve receber e ouvir ativamente os usuários em todas as etapas do atendimento, garantindo a escuta qualificada (Brasil, 2010).

Deve ser realizado com empatia, respeito, ética, solidariedade e um compromisso genuíno com a resolução das necessidades dos usuários ao longo de sua jornada na unidade de saúde. Configura-se como oportunidade de estabelecer vínculo com o usuário e suas famílias, por meio de escuta ativa, considerando as potencialidades e as vulnerabilidades apresentadas, definidas no Caderno de Atenção Básica n. 28, como:

- **Potencialidades** - capacidades e recursos que a pessoa possui para enfrentar/resolver as situações específicas que ocorrem em sua vida, as quais podem ser aprimoradas ao longo do tempo. Reconhecer e reforçar essas capacidades contribui para o protagonismo do usuário no cuidado de sua saúde.
- **Vulnerabilidade** - indica um estado de fragilidade da pessoa e/ou família que pode ser decorrente de fatores sociais, econômicos, culturais, ou de saúde. Reconhecer essas vulnerabilidades permite que os profissionais prestem um cuidado equitativo, adaptado às necessidades específicas dos usuários.

O acolhimento é fundamental no modelo da Atenção Primária à Saúde (APS). É o momento em que os profissionais, a partir de seus conhecimentos técnicos, éticos e humanos, direcionam o atendimento de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Para o estabelecimento de um clima favorável ao acolhimento, recomenda-se que: o profissional se apresente de maneira clara (nome e categoria profissional); chame o usuário pelo nome; conduza um diálogo com sensibilidade e respeito; preste as informações solicitadas; e preserve o sigilo das informações pessoais.

O acolhimento "inclui a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário" (Brasil, 2004). O acolhimento inclui a escuta qualificada, a identificação das necessidades, potencialidades e vulnerabilidades do usuário, a fim de garantir resposta às suas necessidades e atenção integral à sua saúde. Não deve ser confundido com triagem ou classificação de risco, pois trata-se de um processo dinâmico e contínuo que envolve diferentes profissionais, setores e serviços e integra as ações em prol de resolubilidade na APS.

A organização do acolhimento nas unidades de saúde deve considerar tanto a demanda espontânea quanto a demanda programada, como usuários com condições crônicas que necessitam

de monitoramento contínuo (gestantes, crianças, portadores de doenças crônicas, etc.). Para tanto, recomenda-se a contínua reflexão e realinhamento dos processos de trabalho, pois a realidade é muito dinâmica.

A equipe de enfermagem desempenha um papel crucial no acolhimento e atendimento da demanda espontânea. Ressalta-se que o técnico de enfermagem deve atuar dentro de suas competências, sob a supervisão do enfermeiro.

Entende-se o papel ativo da enfermagem nas atividades de educação em saúde, seja em interações individuais durante o acolhimento ou em atividades coletivas, como grupos de educação para portadores de condições crônicas (gestantes, crianças, pessoas com diabetes ou hipertensão, etc.). É igualmente importante orientar os usuários sobre os fluxos de atendimento, agendar consultas, visitas domiciliares, e fornecer informações que facilitem o uso adequado dos serviços de saúde, conforme fluxos e protocolos estabelecidos pela Instituição, observadas as disposições legais da profissão.

As orientações fornecidas aos usuários têm como objetivo estimular hábitos saudáveis, promover o autocuidado, incentivar a adesão ao tratamento e reforçar a importância do monitoramento regular da saúde, por meio de exames preventivos e atualização do calendário vacinal.

Este protocolo fornece orientações claras sobre como proceder diante de situações comuns que chegam nas unidades de saúde e reforça que todo contato com o usuário é uma oportunidade para promover a saúde e prevenir doenças. Sendo assim, todos os fluxos contêm orientações gerais de saúde, como um lembrete para os profissionais.

5. ATENÇÃO À DEMANDA ESPONTÂNEA DO ADULTO NA APS

Um dos papéis fundamentais da equipe de enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) é promover o **acolhimento** e o **acesso** qualificado aos serviços de saúde. Este processo deve ocorrer de maneira sistematizada, com base em fluxos bem definidos e protocolos clínicos, assegurando a efetividade das ações e a **resolutividade** das demandas apresentadas pela população.

Para garantir a resolutividade, é imprescindível a organização interna da equipe, dos seus processos de trabalho e a adoção de condutas clínicas embasadas nas melhores práticas. A clareza e a padronização desses processos são essenciais para garantir uma assistência segura, eficiente e centrada nas necessidades do usuário. Sendo assim,os fluxos das principais demandas espontâneas que chegam nas Unidades de Saúde, foram estabelecidos a fim de apoiar as equipes de enfermagem na assistência e cuidado.

Os fluxos e a estruturação do acolhimento às demandas espontâneas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) prioriza a ampliação da capacidade resolutiva da equipe, promovendo respostas adequadas às queixas agudas e fortalecendo o papel da APS como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

O manejo qualificado da demanda espontânea deve ser pautado pelos princípios do acolhimento, da **escuta ativa** e da **humanização** do atendimento. A atenção deve ser **integral**, **considerando os aspectos biopsicossociais do usuário**, e resolutiva, com intervenções que promovam melhorias concretas no estado de saúde. Ao valorizar o vínculo entre profissionais e usuários, a APS reafirma seu papel estratégico na coordenação do cuidado e na organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

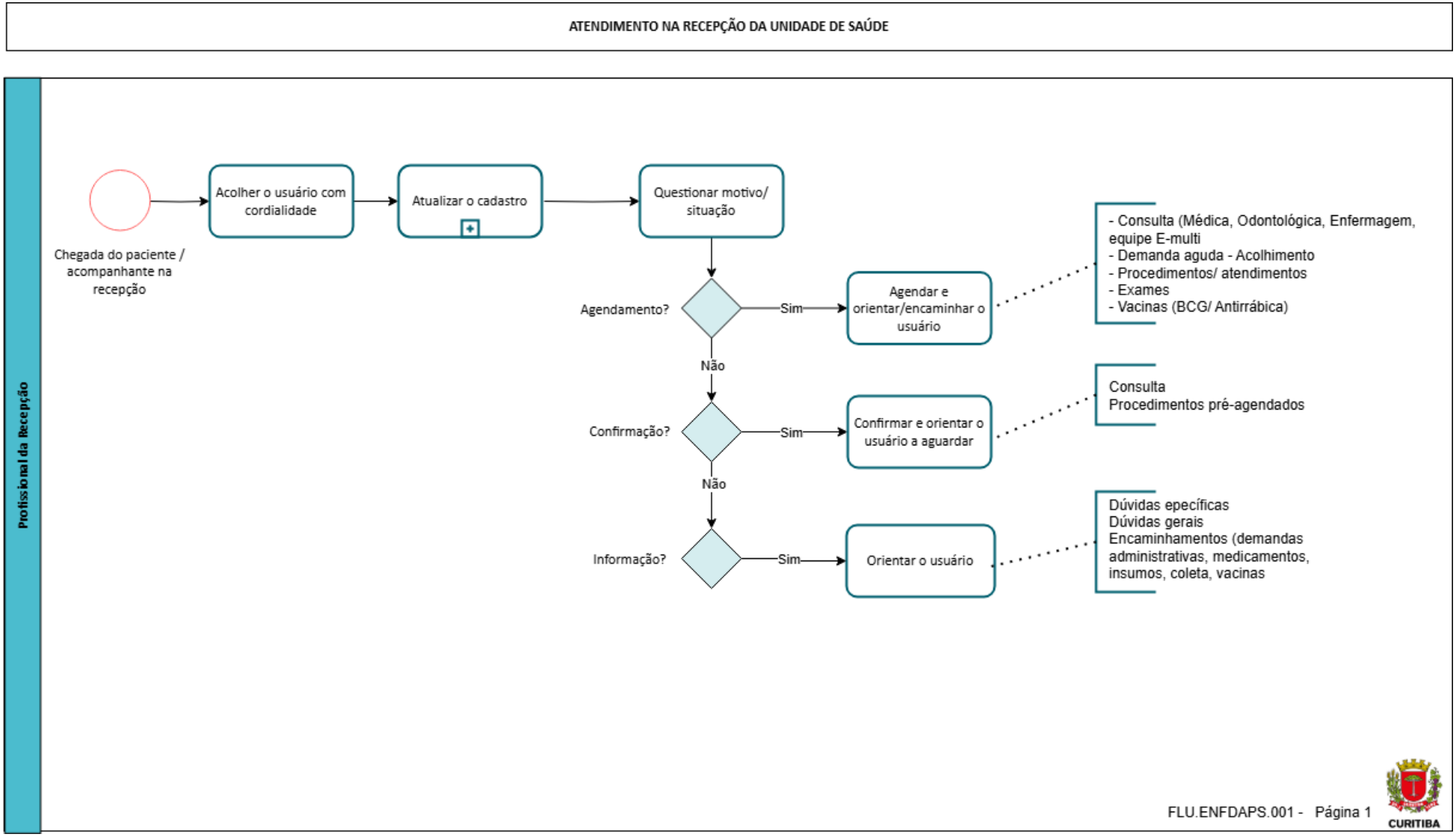
Este capítulo aborda os processos a serem seguidos dentro da Unidade de Saúde, representado por meio de uma organização visual, pertinente às situações mais frequentes trazidas pelo usuário.

Cada fluxo segue critérios técnicos, padroniza ações assistenciais da enfermagem e demonstra a sequência das ações para o desempenho da atividade com qualidade e segurança.

Os fluxos assistenciais apresentam a organização da assistência das principais desmandas espontâneas de usuários na Unidade de Saúde, as quais são encaminhadas para o acolhimento com o técnico de enfermagem realizará a abordagem inicial, escuta qualificada, identificação da queixa do usuário, levantamento de informações, identificação de vulnerabilidades, aferição dos sinais vitais, e conduta e agendamentos conforme os fluxos e protocolos institucionais.

O enfermeiro, no âmbito da equipe de enfermagem, é responsável por supervisionar a equipe de enfermagem e apoiar os profissionais de nível médio durante o acolhimento. Em situações de urgência e emergência, o enfermeiro deverá ser comunicado pela equipe, para realizar a classificação de risco e priorização da assistência, observadas as disposições legais da profissão.

5.1 ATENDIMENTO NA RECEPÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE



Ações do profissional da recepção:

a) Acolher o paciente/acompanhante com cordialidade.

b) Atualizar o cadastro.

c) Perguntar o motivo do comparecimento à Unidade de Saúde (Situação/Queixa), com atenção para não exposição e constrangimento do paciente.

d) Auxiliar os pacientes com necessidades especiais e barreira linguística, a fim de garantir o atendimento adequado.

e) Prestar informações gerais de acordo com as dúvidas dos pacientes e acompanhantes.

f) Em caso de sintomas respiratórios, fornecer máscara cirúrgica e orientar o uso.

g) Orientar o paciente/acompanhante sobre uso de álcool 70% para assepsia das mãos.

Orientações:

1. Cadastro

a) Solicitar documento de identificação com foto do paciente. Preferencialmente com o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF).

b) Localizar o cadastro do paciente no prontuário eletrônico, selecionando o cadastro definitivo ou provisório na ausência deste. Se necessário, realizar o cadastro conforme orientação Realização de Cadastro Definitivo v.9 - 10/02/2025 .

c) Confirmar e atualizar os dados cadastrais como: nome completo, telefone, CPF e endereço completo do paciente. Orientar o paciente do município de Curitiba a atualizar seu cadastro pelo Aplicativo Saúde Já.

d) Caso o sistema esteja indisponível, realizar atendimento em formulário específico – (Ficha de Contingência). Manter os usuários orientados sobre a situação, para evitar transtornos.

e) Orientar o paciente residente em Curitiba com cadastro definitivo a ter baixado e atualizado o Aplicativo Saúde Já.

f) Realizar a conferência dos 3 marcadores de segurança (nome completo, nome da mãe e data de nascimento). Assegurando uma das metas de segurança do paciente, a meta 1 (identificação correta do paciente).

g) Importante: Gestantes, pessoas idosas e pessoas com deficiência devem ter prioridade no atendimento, porém as prioridades clínicas serão priorizadas em relação as esses grupos de prioridade.

2. Direcionamento para o setor adequado:

a) Direcionar para o setor indicado, conforme a situação apresentada:

a. EMERGÊNCIAS > sala de emergência e comunicar imediatamente a equipe. É considerado emergência toda situação que necessite de intervenção médica imediata, como nas situações em que haja o comprometimento grave dos sistemas vitais do indivíduo: A) vias aéreas, B) ventilação, C) circulação, D) neurológico. Ex.: Parada cardiorrespiratória, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.

b. QUEIXAS AGUDAS ou CRÔNICAS AGUDIZADAS > aguardar ser chamado para o Consultório em que é realizado o acolhimento. São situações não agendadas, como: dor, febre, elevação da pressão arterial.

c. CONDIÇÕES CRÔNICAS, DEMANDA ESPONTÂNEA NÃO AGUDA E RENOVAÇÃO DE RECEITAS > agendamento ou orientação para aguardar ser chamado no Consultório em que é realizado o acolhimento.

d. **CURATIVOS, SONDAGENS E PROCEDIMENTOS > aguardar ser chamado.**

e. **EXAMES LABORATORIAIS > agendamento ou aguardar ser chamado para coleta.**

f. **VACINAS > Aguardar ser chamado na Vacina.**

g. **Solicitações ADMINISTRATIVAS > proceder conforme protocolos ou encaminhar para Administração.**

h. **PRÉ AGENDAMENTOS > aguardar ser chamado no Consultório.**

i. **MEDICAMENTOS> se retirada, encaminhar para sala de Medicamentos. Se administração de medicamentos, aguardar ser chamado.**

j. **ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO > agendamento ou se emergência encaminhar para Odontologia**.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Precaução padrão.

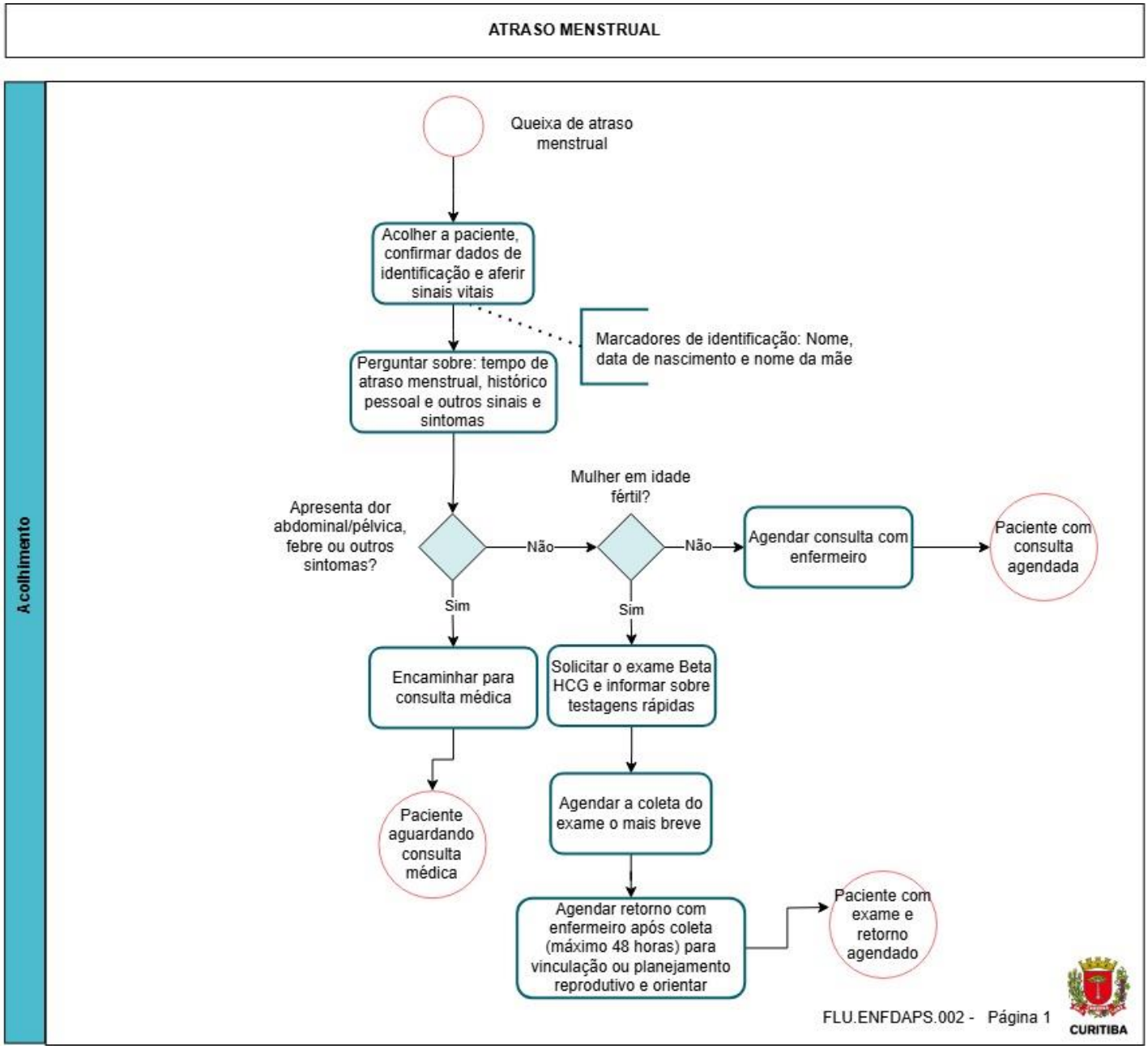
b) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP/ Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:
Realização de Cadastro Definitivo v.8 - 06/06/2024
Fluxo de Atendimento na APS v.3 - 05/06/2023
POP / Módulo 3 - Atendimentos - Maio/2024

5.2 ATRASO MENSTRUAL

Conceito: Ausência de menstruação no período reprodutivo.



Levantamento e registro de informações:

a) Verificar PA, peso e altura e registrar no prontuário em campo adequado.

b) Questionar e registrar:

Data da Última Menstruação (DUM), ciclos menstruais (regulares ou irregulares), vida sexual (ativa ou não), se está em uso de método contraceptivo, qual método e o modo de uso, se faz uso de preservativo, histórico de doenças ginecológicas crônicas ou hormonais (se em tratamento, qual).

Sintomas associados: dor, febre, leucorreia (aspecto, odor e quantidade).

Ações:

a) Certificar-se que não apresenta sintomas associados, caso apresente, encaminhar para consulta médica ou solicitar avaliação do enfermeiro.

b) Certificar-se que é mulher em idade fértil, se não for, orientar e agendar consulta com enfermeiro.

c) Solicitar o βHCG.

d) Informar sobre a realização das testagens rápidas para diagnóstico de HIV e Sífilis na consulta com o Enfermeiro.

e) Agendar coleta do exame o mais breve possível.

f) Agendar consulta com Enfermeiro para avaliação do resultado do exame e demais desdobramentos (máximo 48 horas da data da coleta).

g) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Orientar sobre prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV/ Aids e Câncer de Colo Uterino e incentivar o uso de preservativo.

b) Ressaltar a importância do uso de métodos contraceptivos, conforme prescrição da equipe de saúde, nos casos em que a mulher não deseja engravidar.

c) Orientar que o uso irregular de contraceptivos hormonais pode provocar atrasos menstruais.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.

b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e o autocuidado.

c) Abordar a tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.

d) Avaliar a situação vacinal e, se necessário, indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).

e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.

f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Relata atraso menstrual de XXX dias.

Dados da última menstruação (DUM):

Ciclos menstruais anteriores: regular ou irregular

Vida sexual ativa: sim ou não

Uso de contraceptivos hormonais: sim ou não (qual e se uso conforme prescrição)

Histórico de doenças ginecológicas: sim (quais) ou não

Histórico de doenças crônicas ou hormonais: sim (quais) ou não

Mudanças recentes no estilo de vida: Relata XXX ou nega

Sintomas associados: dor (local, intensidade, início), febre (temperatura, início), leucorreia (aspecto, odor, quantidade, início), outros

Conduta e orientações:

Orientações sobre possíveis causas de atraso menstrual como estresse, uso incorreto de contraceptivos hormonais e outros.

Solicitado e agendado a coleta de Beta-HCG e informado sobre realização de testagens rápidas de HIV e sífilis.

Orientado a procurar a unidade de saúde se aparecimento de sinais de alerta.

Agendado retorno em consulta com enfermeiro XX/XX ou Encaminhado para consulta médica ou avaliação do enfermeiro e orientado a aguardar.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Precaução padrão.

b) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

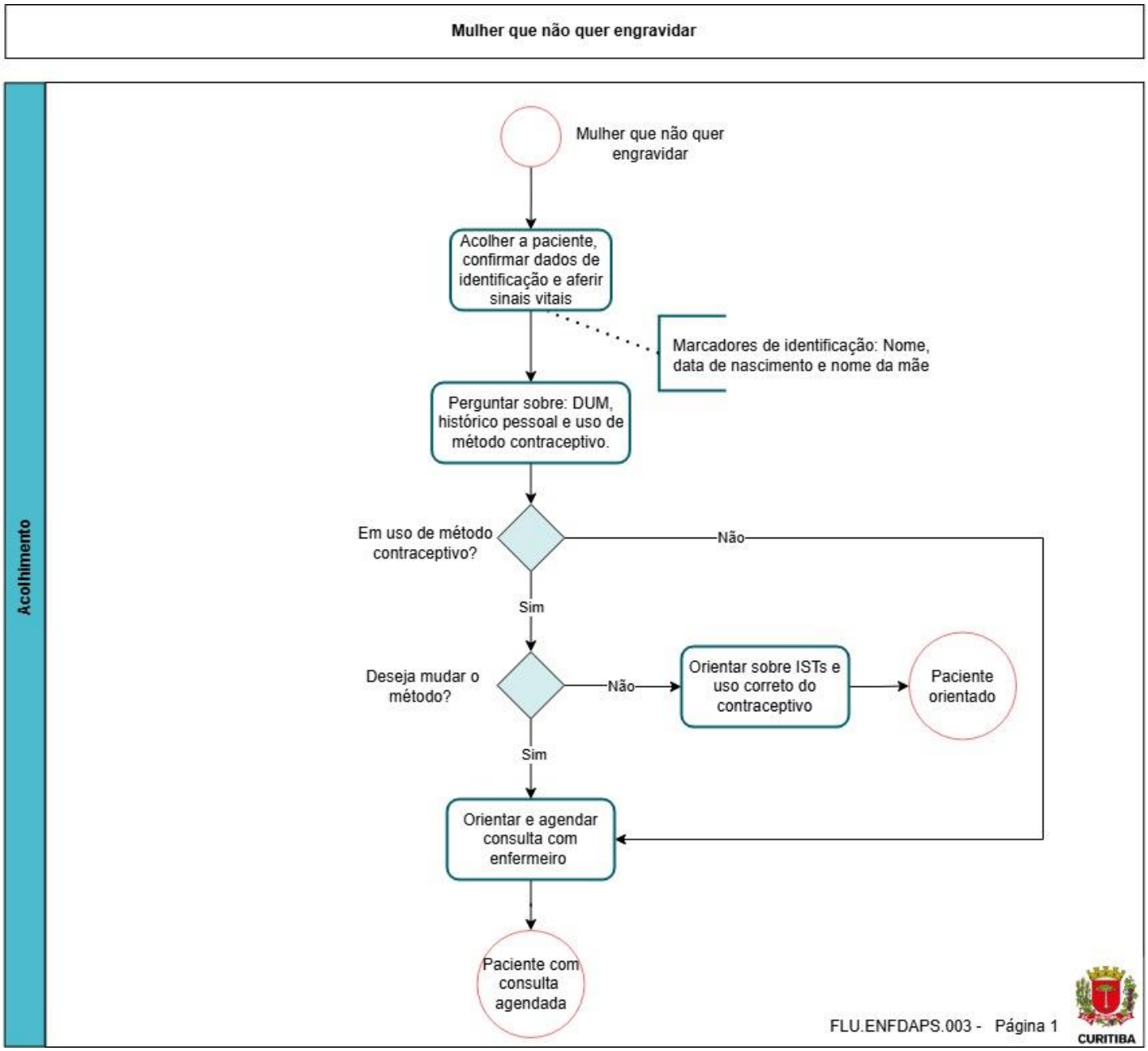
c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:

Atendimento para solicitação e devolutiva do resultado do exame Beta HCG.

5.3 MULHER QUE NÃO QUER ENGRAVIDAR

Conceito: é o desejo de não gerar uma vida.



Levantamento de informações:

a) Verificar PA, peso e altura e registrar no prontuário.

b) Perguntar e registrar:

Idade, data da última menstruação (DUM), histórico ginéco-obstétrico (número de gestações, número de filhos vivos e/ou mortos, aborto), se está em uso de método contraceptivo, qual método e o modo de uso, se faz uso de preservativo e se deseja mudar o método. Perguntar e registrar sobre história de doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doença renal e cardíaca, hipotireoidismo.

Ações:

a) Identificar se a mulher não está em uso ou deseja alteração do método contraceptivo. Nesses casos, agendar consulta com enfermeiro e orientar.

b) Orientar sobre uso correto do método contraceptivo utilizado conforme Protocolo de Saúde Reprodutiva na Atenção Primária – SMS Curitiba, 2021. Manejo em caso de Atraso da Aplicação de Anticoncepcional Injetável.

c) Abordar sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV/ Aids e Câncer de Colo Uterino e incentivar o uso de preservativo.

d) Verificar a data da coleta do último preventivo e orientar data da próxima coleta, conforme protocolo de rastreamento de câncer de colo uterino[1] e mama[2].

e) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Ressaltar a importância do uso correto de métodos contraceptivos: se via oral, tomar no mesmo horário, se injetável não atrasar aplicação, em caso de uso de outros medicamentos que possam interferir na ação do anticoncepcional utilizar preservativo.

b) Em caso de atraso na aplicação de anticoncepcional injetável, orientar conforme fluxo Manejo em caso de Atraso da Aplicação de Anticoncepcional Injetável.

c) Estimular o uso de preservativo para proteção contra ISTs.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.

b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.

c) Abordar a tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.

d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).

e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.

f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

[1] Rastreamento de câncer de colo uterino: é recomendado para mulheres sexualmente ativas, com idade entre 25 e 64 anos. Deve ser repetido com intervalo de um ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos. Toda mulher que antecede ou ultrapassa a idade recomendada, e deseja realizar o exame, não deverá ocorrer impedimento, desde que já tenha iniciado atividade sexual.
[2] Rastreamento de câncer de mama: a mamografia de rotina é recomendada para mulheres de 50 a 69 anos a cada 2 anos. *(Protocolo da Atenção Básica, Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde, 2016)*

Registro de Enfermagem:

Comparece à unidade de saúde expressando seu desejo de não engravidar.

Dados da última menstruação (DUM):

Ciclos menstrual: regular ou irregular

Vida sexual ativa: sim ou não

Uso de contraceptivos hormonais: sim ou não (qual e se uso correto).

Nega sintomas ou Refere dor (local, intensidade, início), febre (temperatura, início), leucorreia (aspecto, odor, quantidade, início), outros.

Conduta e orientações:

Orientação sobre métodos contraceptivos disponíveis.

Incentivo ao uso de preservativos para prevenção de ISTs.

Agendamento de retorno em consulta com enfermeiro XX/XX.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Precaução padrão.

b) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

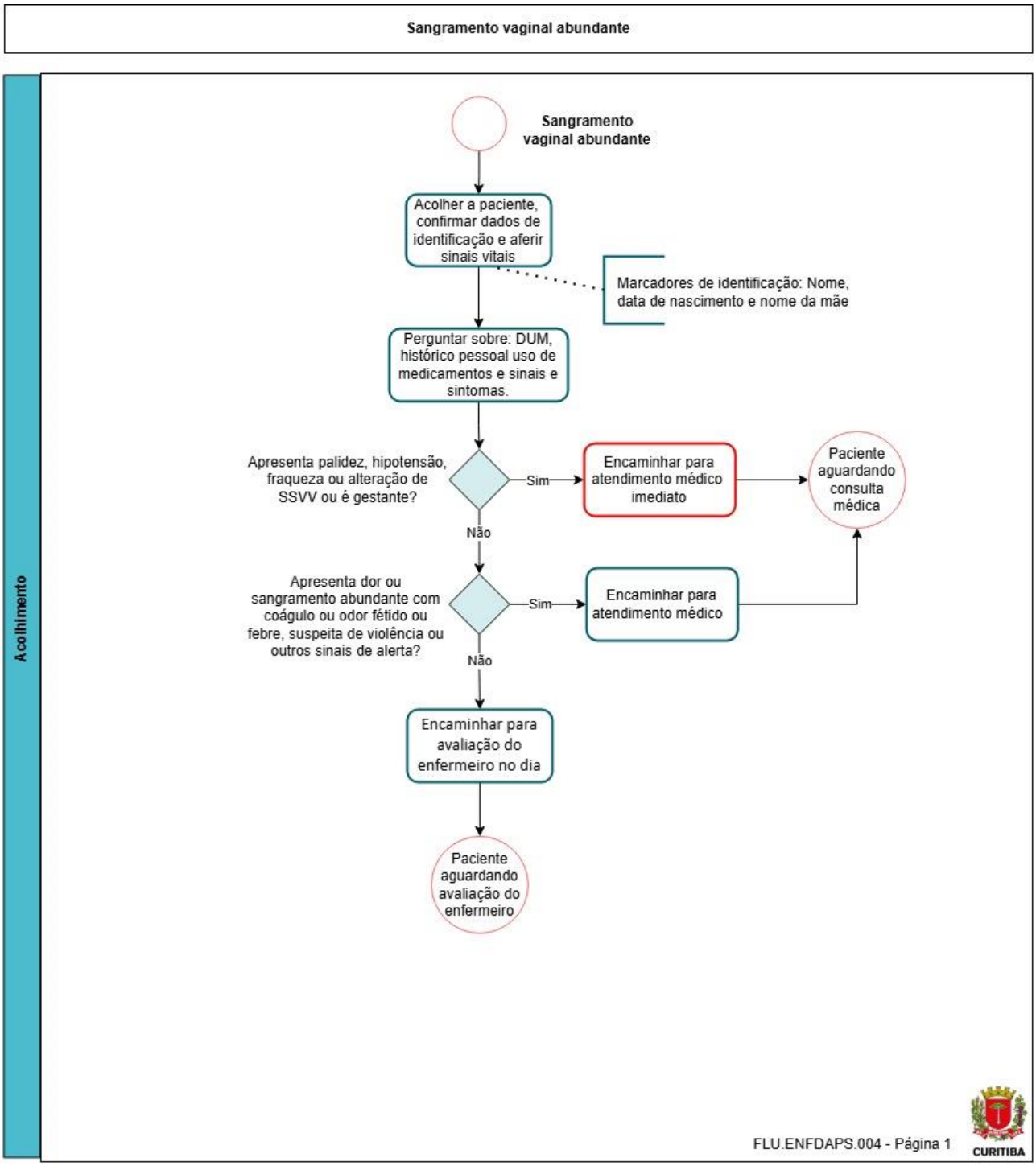
c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:

Protocolo de Saúde Reprodutiva na Atenção Primária – SMS Curitiba, 2021.
Manejo em caso de Atraso da Aplicação de Anticoncepcional Injetável

5.4 SANGRAMENTO VAGINAL ANORMAL ABUNDANTE

Conceito: aumento do fluxo do sangramento uterino fisiológico, ou modificação no intervalo de ciclo, durante todo o ciclo da mulher.



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, pulso, peso e altura e registrar no prontuário.

b) Questionar e registrar:

Idade, data da última menstruação (DUM), atividade sexual, se está em uso de método contraceptivo, qual método e o modo de uso, se faz uso de preservativo. Apresenta dor, palidez ou fraqueza? Uso de medicamento anticoagulante?

c) Sobre o sangramento vaginal, perguntar sobre aspecto (sangue vermelho vivo, com presença de coágulos, com aspecto serosanguinolento, entre outros), quantidade (quantos absorventes tem usado ao dia), frequência e odor do sangramento vaginal. Registrar há quanto tempo está acontecendo o problema. Apresenta dor, ardência ou sangue na urina? Usuária já apresentou sangramento vaginal anormal outras vezes?

Sinais de alerta:

- Palidez, hipotensão, fraqueza e queda do estado geral de saúde.
- Dor intensa em baixo ventre.
- Febre.
- Gestação.
- Fluxo abundante com coágulo.
- Sangramento escuro e fétido.
- Sangramento vaginal pós menopausa.
- Suspeita de violência e/ou trauma.
- Dor, ardência e presença de sangue na urina.
- Uso de medicamento anticoagulante.

Ações:

a) Identificar sinais de alerta e encaminhar/agendar atendimento conforme fluxograma.

b) Orientar retorno imediato na US ou procurar a UPA em caso de agravamento dos sintomas (aparecimento de sinais de alerta).

c) Verificar a data da coleta do último preventivo e orientar data da próxima coleta, conforme protocolo de rastreamento de câncer de colo uterino e mama.

d) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Abordar sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/ Aids e Câncer de Colo Uterino e incentivar o uso de preservativo.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.

b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.

c) Abordar a tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.

d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).

e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.

f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Refere sangramento vaginal abundante, com início em XX, de cor vermelho vivo ou escura, com ou sem presença de coágulos, (com aspecto serosanguinolento), quantidade (quantos absorventes tem usado ao dia) e odor (fétido ou não).

Dados da última menstruação (DUM):

Vida sexual ativa: sim ou não

Ciclos menstrual: regular ou irregular

Uso de contraceptivos hormonais: sim ou não

Em uso de medicamentos anticoagulantes: sim ou não

Sintomas associados: Relata ou nega dor (local, início e intensidade), fraqueza, leucorreia (aspecto, odor, quantidade, início), ardência ou sangue na urina. Apresenta ou não palidez, febre (temperatura, início).

Conduta e orientações:

Orientado sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), HIV/ Aids e Câncer de Colo Uterino e uso de preservativo. Orientado sobre coleta de exames de rastreamento e saúde da mulher.

Encaminhado para consulta médica ou consulta do enfermeiro e orientado a aguardar.

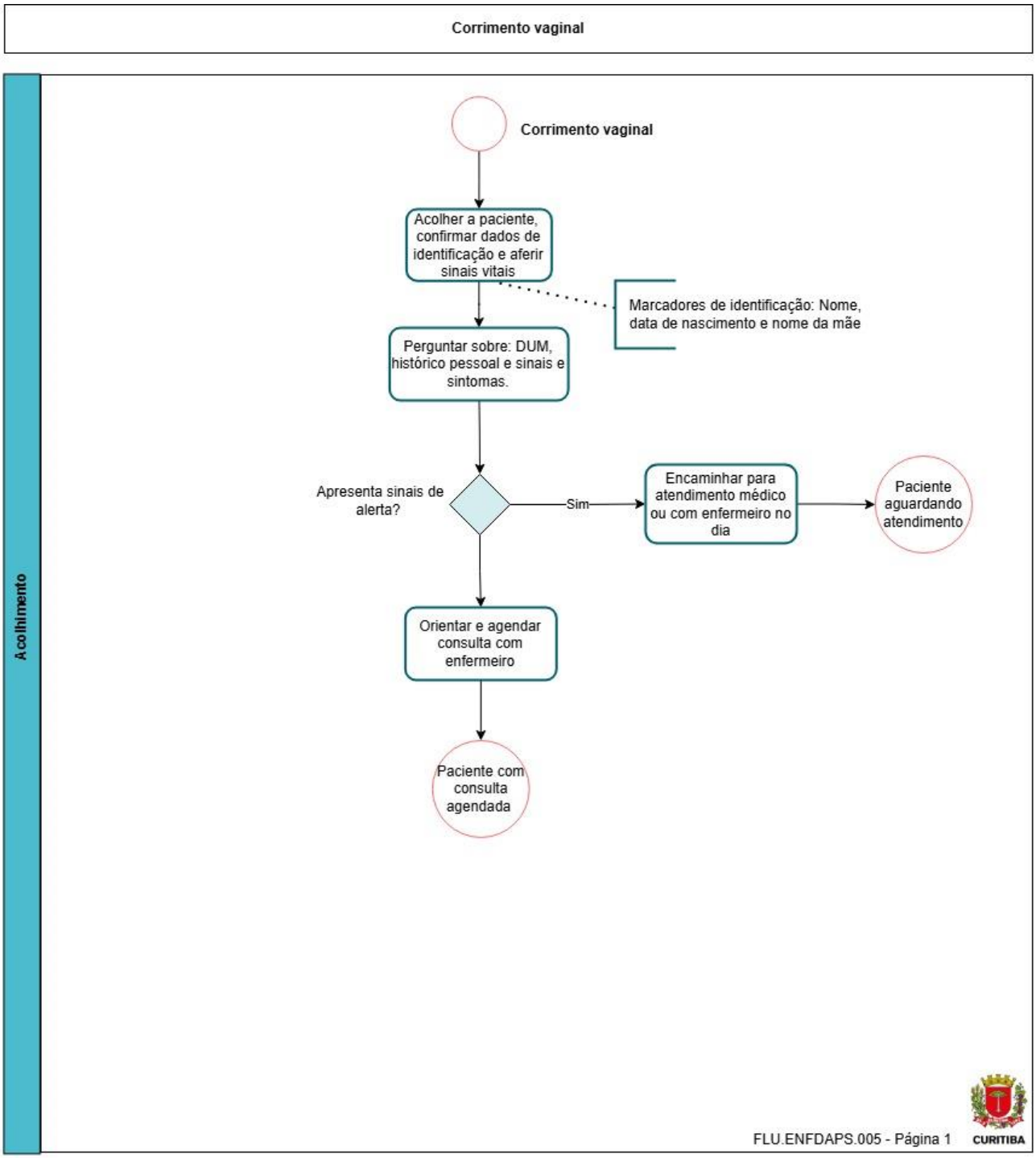
Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Precaução padrão.
b) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.
c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:
Atendimento Clínico às vítimas de violência sexual.
Protocolo Saúde Reprodutiva

5.5 CORRIMENTO VAGINAL

Conceito: é a secreção de fluído pela vagina, com característica diferente do habitual.



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, peso e altura e registrar no prontuário.

b) Questionar e registrar data da última menstruação (DUM), há quanto tempo está com o corrimento, cor, odor, presença de prurido ou ardência, dor em baixo ventre. Dor ou ardência para urinar, dor durante a relação sexual, febre.

Sinais de Alerta:

- Dor e ardência.
- Febre.
- Coloração de aspecto amarelado ou esverdeado, com presença de odor fétido.
- Gestante, independentemente da idade gestacional.

Ações:

a) Identificar sinais de alerta.

b) Encaminhar/agendar consulta conforme fluxograma.

c) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas (aparecimento de sinais de alerta).

d) Verificar a data da coleta do último preventivo e orientar data da próxima coleta, conforme protocolo de rastreamento de câncer de colo uterino[1] e mama[2].

e) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Abordar sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV/ Aids e Câncer de Colo Uterino e incentivar o uso de preservativo.

b) Ressaltar a importância do uso de métodos contraceptivos nos casos em que a mulher não deseja engravidar.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.

b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.

c) Abordar a tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.

d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).

e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.

f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar e aprimorar o cuidado.

[1] Rastreamento de câncer de colo uterino: é recomendado para mulheres sexualmente ativas, com idade entre 25 e 64 anos. Deve ser repetido com intervalo de um ano, e com dois exames normais anuais consecutivos, o intervalo poderá ser de três anos. Toda mulher que antecede ou ultrapassa a idade recomendada, e deseja realizar o exame, não deverá ocorrer impedimento, desde que já tenha iniciado atividade sexual.
[2] Rastreamento de câncer de mama: a mamografia de rotina é recomendada para mulheres de 50 a 69 anos a cada 2 anos. *(Protocolo da Atenção Básica, Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde, 2016)*

Registro de Enfermagem:

Refere corrimento vaginal, com início em XX, de cor (amarelada ou esverdeada) e odor (fétido ou não), apresenta ou nega prurido ou ardência. Apresenta ou nega febre e dor (início, local e intensidade).

Dados da última menstruação (DUM):

Vida sexual ativa: sim ou não

Ciclos menstrual: regular ou irregular

Conduta e orientações:

Orientação e incentivo ao uso de preservativos para prevenção de ISTs.

Agendamento de retorno em consulta com enfermeiro XX/XX ou Encaminhado para consulta médica ou consulta do enfermeiro e orientado a aguardar.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Precaução padrão.

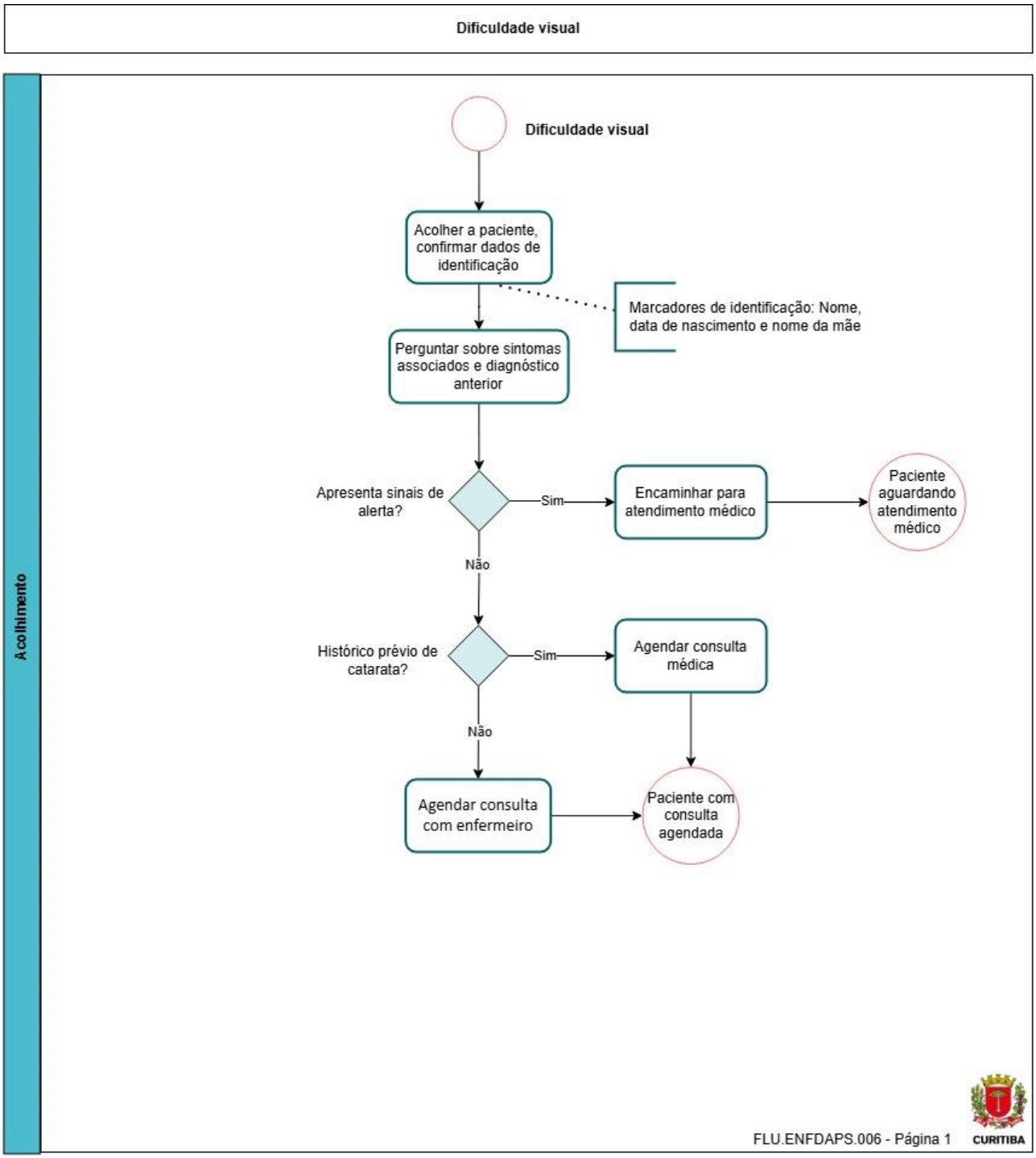
b) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:
Saúde da Mulher - Linha de Cuidado do Câncer de Colo de Útero 2024
Protocolo Saúde Reprodutiva

5.6 DIFICULDADE VISUAL

Conceito: é a alteração da capacidade visual, o qual interfere na relação com o mundo exterior.



Levantamento de informações:

a) Perguntar e registrar no prontuário:

Dificuldade para enxergar de perto ou longe; visão turva, dor de cabeça, ardência em olhos e se faz uso de lentes corretivas (lentes de contato ou óculos). Questionar sobre dor, secreção, prurido, edema periocular ou trauma/acidente recente com produtos químicos recente em olhos.

b) Questionar história de diagnóstico médico de catarata.

Sinais de Alerta:

- Trauma recente.
- Acidente com produtos químicos.
- Dor, secreção, prurido ou edema periocular.
- Histórico de diagnóstico médico de catarata (para encaminhamento em fila específica).

Ações:

a) Identificar sinais de alerta e encaminhar para consulta médica.

b) Questionar sobre histórico de diagnóstico médico de catarata (para encaminhamento em fila específica) e agendar consulta médica.

c) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

d) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Orientações:

a) Evitar o uso excessivo do computador ou celular.

b) Realizar pausas regulares para desviar o olhar do computador ou celular.

c) Aumentar a luminosidade do ambiente, para evitar tropeços ou quedas.

d) Evitar a luz brilhante da tela do computador ou celular.

Orientações gerais:

a) Verificar a data da coleta do último preventivo e orientar data da próxima coleta, conforme protocolo de rastreamento de colo uterino[1] e mama[2].
b) Estimular a participação em atividades na Unidade de Saúde.
c) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando o autocuidado.
d) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.
e) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).
f) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.
g) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar e aprimorar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Refere dificuldade para enxergar de perto ou de longe e ou visão turva.

Em uso de lentes corretivas lentes de contato ou óculos), com última consulta há XXX.

Relata ou nega dor de cabeça, dor ou ardência em olhos e secreção, prurido, edema periocular ou trauma/acidente recente com produtos químicos recente em olhos.

Em uso de medicamentos: não ou sim (se sim, qual e há quanto tempo).

Pessoa com diabetes ou hipertensão: sim ou não

Conduta e orientações:

Orientado sobre cuidados com os sintomas e medidas de conforto.

Encaminhado para avaliação médica conforme protocolo e orientado a aguardar ou Agendamento de retorno em consulta com enfermeiro XX/XX e orientado a retornar caso haja agravamento dos sintomas.

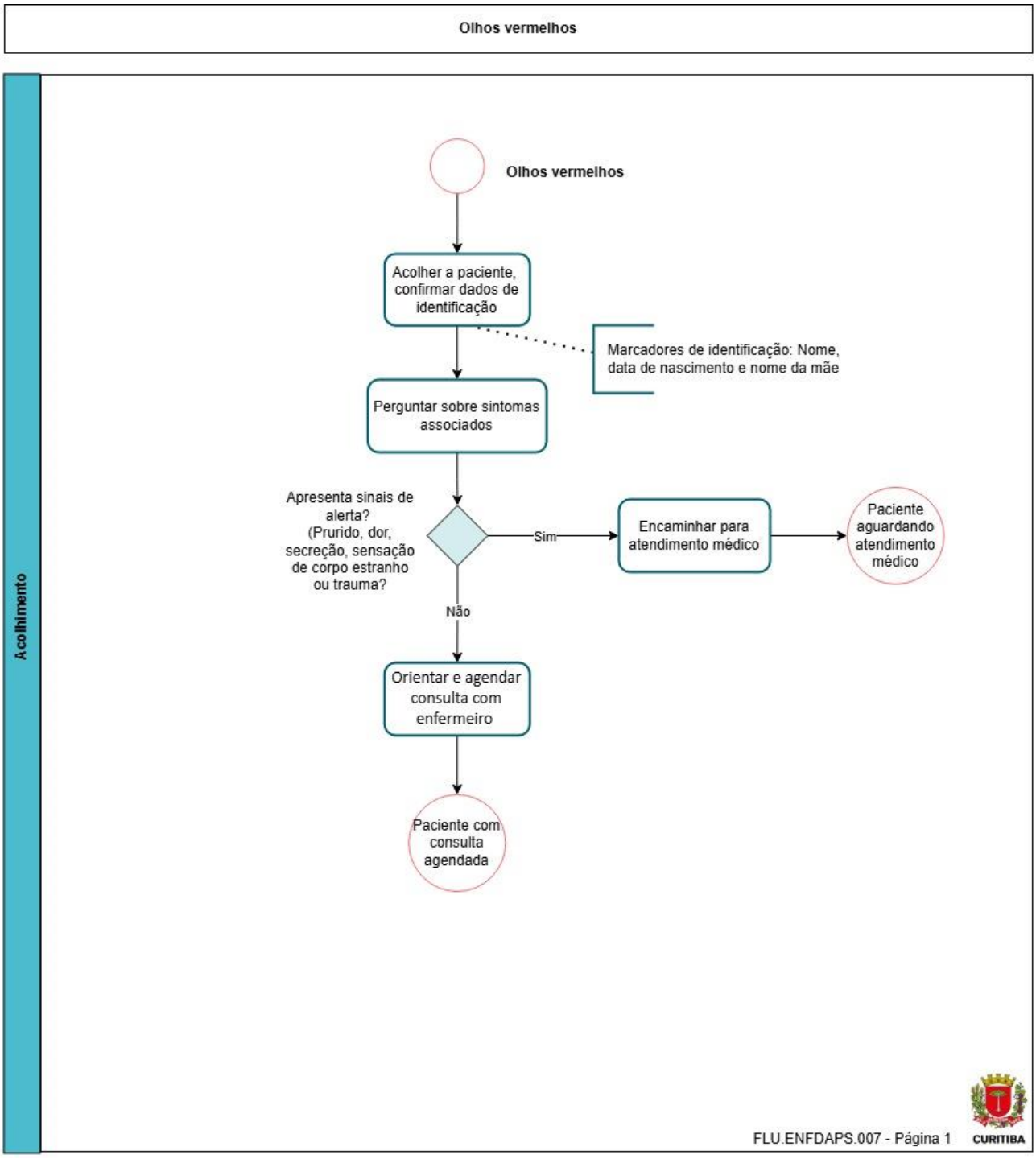
Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Precaução padrão.
b) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

5.7 OLHO VERMELHO

Conceito: vermelhidão da superfície branca do olho decorrente da dilatação dos vasos sanguíneos que se encontram sobre a esclera.



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, peso e altura e registrar no prontuário.

b) Perguntar e registrar quais sinais e sintomas e há quanto tempo os mesmos apareceram: hiperemia, prurido, visão turva, dor, edema, secreção ocular, sensação de corpo estranho, em um ou ambos os olhos.

c) Perguntar e registrar história de trauma recente (inferior a 24 horas).

Sinais de Alerta:

- Prurido, secreção ocular, visão turva, dor, edema periocular.
- Sensação de corpo estranho, em um ou ambos os olhos.
- Trauma recente (inferior a 24 horas) ou acidente com produtos químicos.

Ações:

a) Identificar sinais de alerta e encaminhar para consulta médica.

b) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

c) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Orientações:

a) Evitar coçar os olhos. Lavar as mãos antes e após qualquer manipulação dos olhos.

b) Lavar os olhos com água fria e filtrada, com frequência.

c) Aplicar compressa fria, várias vezes ao dia, utilizando uma gaze para cada olho, desprezando-a após o uso.

d) Não utilizar outros produtos nos olhos sem a orientação da equipe de saúde.

e) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

OBS: Trauma recente (inferior a 24h) ou acidentes com produtos químicos: atendimento deverá ser realizado pelo enfermeiro para direcionamento ao serviço de urgência e emergência.

Orientações gerais:

a) Verificar a data da coleta do último preventivo e orientar data da próxima coleta, conforme protocolo de rastreamento de câncer de colo uterino1 e mama2.
b) Estimular a participação em atividades na Unidade de Saúde.
c) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando o autocuidado.
d) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.
e) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).
f) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.
g) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar e aprimorar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Apresenta olhos vermelhos.

Em uso de lentes corretivas lentes de contato ou óculos), com última consulta há XXX.

Relata ou nega dor de cabeça, dor ou ardência em olhos e secreção, prurido, edema periocular ou trauma/acidente recente com produtos químicos recente em olhos.

Em uso de medicamentos: não ou sim (se sim, qual e há quanto tempo).

Pessoa com diabetes ou hipertensão: sim ou não

Conduta e orientações:

Orientado sobre cuidados com os sintomas e medidas de conforto.

Encaminhado para avaliação médica conforme protocolo e orientado a aguardar ou Agendamento de retorno em consulta com enfermeiro XX/XX e orientado a retornar caso haja agravamento dos sintomas.

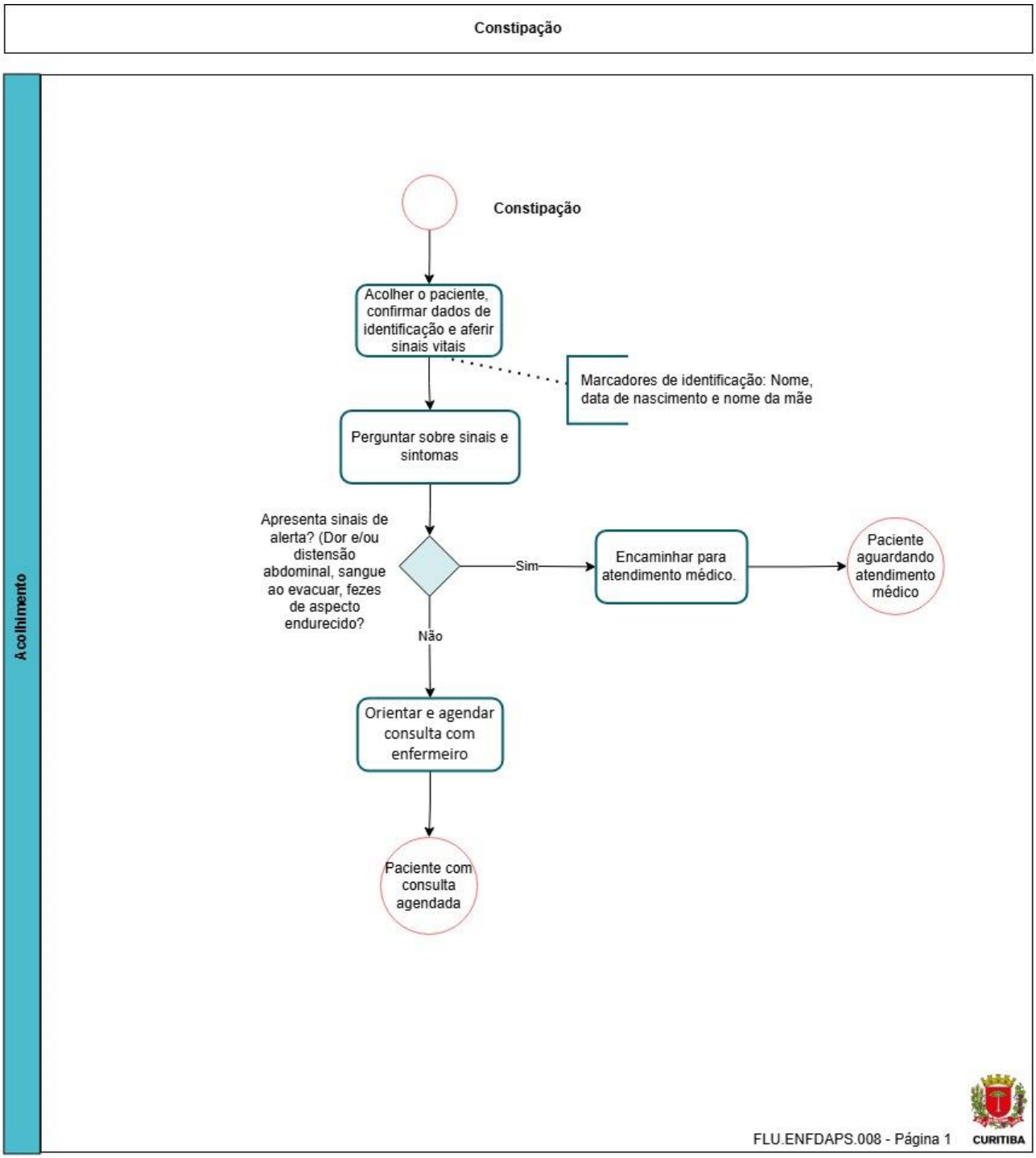
Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Precaução padrão.
b) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

5.8 CONSTIPAÇÃO

Conceito: dificuldade em evacuar, evacuação incompleta ou com fezes endurecidas.



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, peso e altura e registrar no prontuário.

b) Questionar e registrar há quanto tempo ocorre a situação, aspecto das fezes, quantidade inferior ao habitual, mudança de ambiente (ex.: viagens), estresse, sedentarismo.

c) Questionar hábitos alimentares e ingesta de líquidos.

d) História de dor abdominal, flatulência, sangramento ou fezes de aspecto petrificado, uso de medicamentos.

Sinais de Alerta:

- Dor e/ ou distensão abdominal (sensação de estufamento abdominal), flatulência em excesso.
- Dor ou presença de sangramento ao tentar evacuar.
- Quantidade inferior ao habitual e fezes de aspecto endurecido /petrificado.

Ação:

a) Identificar sinais de alerta e encaminhar para consulta médica.

b) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

c) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

d) Realizar orientações.

Orientações:

a) Estimular o aumento da ingesta hídrica.

b) Orientar correção alimentar com alimentos ricos em fibras (vegetais folhosos, frutas, legumes e cereais integrais).

c) Estimular exercícios físicos, especialmente os aeróbicos como caminhadas, corridas, dança, pois reduzem o tempo do trajeto do bolo fecal pelo intestino grosso, facilitando a sua eliminação.

d) Orientar a posição correta de sentar-se para evacuar (joelhos elevados, acima da linha do quadril, liberando o trânsito intestinal e facilitando a evacuação), usando um pequeno apoio sob os pés, facilitando a posição *(Figura 1)*.

e) Incentivar a escolher o mesmo horário para evacuar (30 minutos após refeição), sentando-se na posição acima indicada, mesmo sem estar sentindo a necessidade de evacuar.

f) Orientar a automassagem realizando pequenos movimentos circulares (da direita para a esquerda) com a ponta dos dedos, seguindo o trajeto intestinal na posição deitada ou sentada.

g) Crianças maiores de 2 anos: após uma refeição volumosa, estimular a permanecer alguns minutos no vaso sanitário, com a supervisão dos pais ou adulto.

h) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Observações:

- **Recém-nascido:** pode apresentar longo período sem evacuar (até 10 dias), devido a adaptação do intestino ao novo alimento (leite materno) e ao desenvolvimento do peristaltismo.
- **Lactentes:** em desmame ou início da alimentação, pode-se observar a eliminação das fezes com odor e dificuldade, com fezes ressecadas e pouco volumosas.
- **Pré-escolar:** nesta fase é comum o comportamento de retenção por medo de evacuar e aversão ao vaso sanitário.
- **Acima de 4 anos:** aumenta a queixa de escape fecal pela criança, causando constrangimento no convívio social.

Orientações gerais:

a) Verificar a data da coleta do último preventivo e orientar data da próxima coleta, conforme protocolo de rastreamento de colo uterino[1] e mama[2].

b) Estimular a participação em atividades na Unidade de Saúde.

c) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando o autocuidado.

d) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.

e) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).

f) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.

g) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar e aprimorar o cuidado.

Figura 1: Posição do músculo responsável pela continência intestinal

A Figura 1 representa a posição do músculo responsável pela continência intestinal (músculo puborretal). Este músculo quando não relaxado, provoca o "estrangulamento" do reto, dificultando assim a passagem das fezes, especialmente quando a pessoa está em pé. A posição sentada também não permite uma evacuação completa e sem esforço, necessitando assim da posição de cócoras, permitindo então o relaxamento do músculo e favorecendo a passagem das fezes, permitindo assim uma evacuação completa e sem esforço.

Registro de Enfermagem:

Refere constipação há XX dias.

Hábitos alimentares e ingesta de líquidos:

Relata fezes em quantidade inferior ao habitual, de aspecto (endurecido, petrificado), mudança de ambiente (ex: viagens), estresse, sedentarismo.

Relata ou nega história de dor abdominal, flatulência, sangramento ou fezes de aspecto petrificado, uso de medicamentos.

Conduta e orientações:

Orientado sobre cuidados com os sintomas e medidas de conforto.

Encaminhado para avaliação médica conforme protocolo e orientado a aguardar ou Agendamento de retorno em consulta com enfermeiro XX/XX e orientado a retornar caso haja agravamento dos sintomas.

Recomendações profissionais:

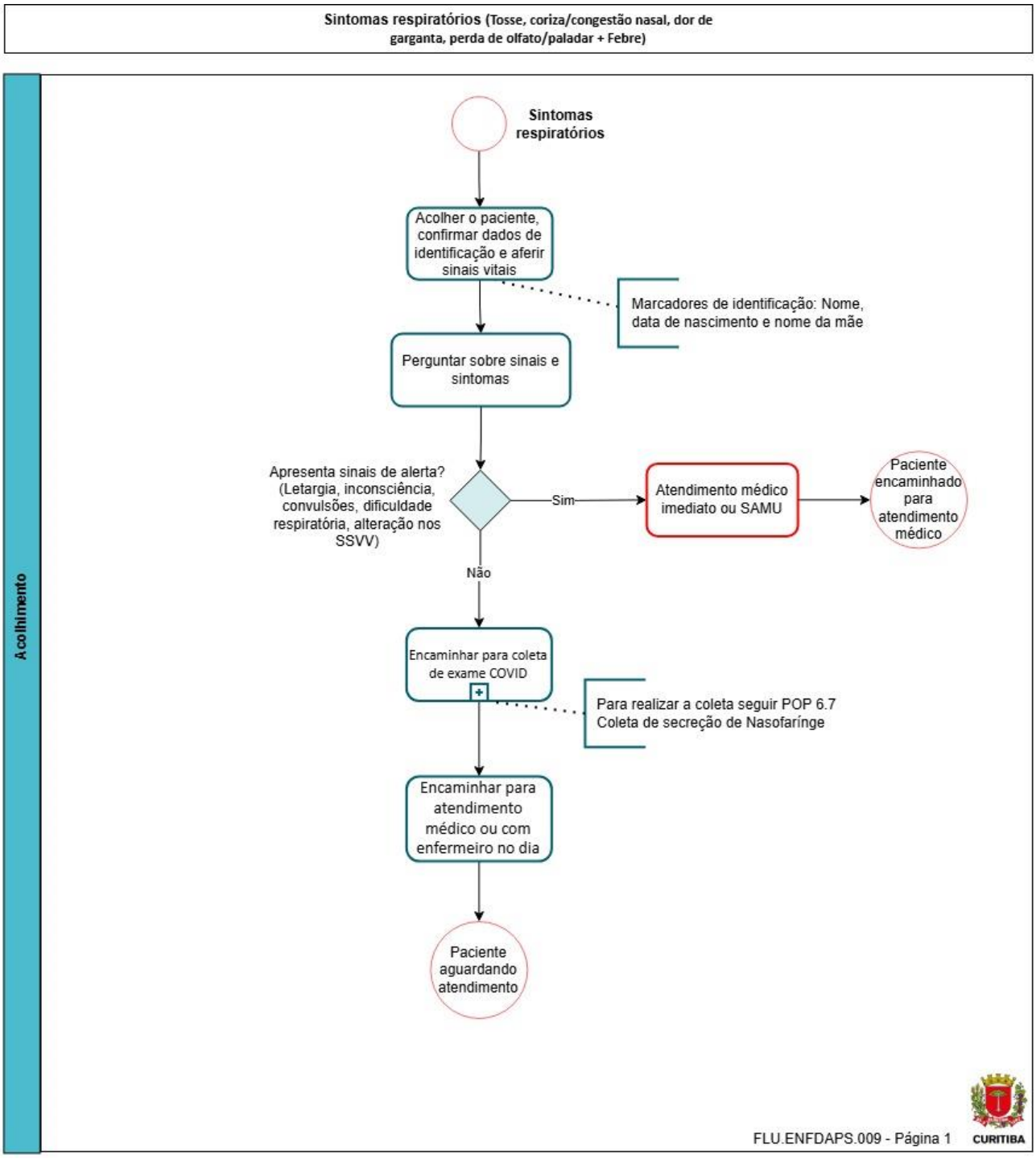
a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme POP Precaução padrão.

b) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

5.9 SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Conceito: Caracteriza-se por sinais e sintomas como tosse, coriza/congestão nasal, dor de garganta, perda de olfato/paladar, falta de ar + Febre.



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, peso e altura, oximetria e registrar no prontuário.

b) Perguntar e registrar:

Quais sinais e sintomas e há quanto tempo os mesmos apareceram: tosse, coriza/congestão nasal, dor de garganta, perda de olfato/paladar, falta de ar e febre.

Sinais de Alerta:

- Dificuldade respiratória, taquipneia, gemência.
- Hipotensão, taquicardia.
- Sonolência, confusão, letargia, inconsciência.
- Convulsões.
- Alteração em sinais vitais.
- Em crianças, recusa mamar ou beber.
- Vômitos de repetição, sinais de desidratação.
- Sinais tromboembólicos.
- Pele com petéquias ou púrpura.

Ações:

a) Identificar sinais de alerta e encaminhar para atendimento médico.

b) Encaminhar para coletar exame de Covid, se disponível, realizar a coleta conforme POP Procedimentos Assistenciais - 6.7 Coleta de Secreção de nasofaringe e encaminhar para atendimento médico ou enfermeiro para continuidade da assistência e laudo do teste.

c) Realizar orientações.

d) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

e) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

f) Se paciente relatar tosse, avaliar a necessidade de solicitação do Teste Rápido Molecular da Tuberculose para investigação de tuberculose.

Orientações:

a) **Orientar cuidados gerais para prevenção de Covid-19, influenza e demais infecções respiratórias**: uso de máscara, higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social, ambientes arejados, com destaque à prevenção da transmissão INTRADOMICILIAR.
b) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas (aparecimento de sinais de alerta).

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.
b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.
c) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.
d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).
e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.
f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Refere sintomas respiratórios (descrever quais, início e intensidade): tosse, coriza/congestão nasal, dor de garganta, perda de olfato/paladar, falta de ar, Febre (temperatura aferida) há XX dias.
Relata ou nega contato com pessoa com sintomas respiratórios ou exame Covid positivo.
Em uso de medicamentos de uso contínuo: sim ou não (diabetes, hipertensão, ou outra doença crônica).
Conduta e orientações:
Encaminhado para coleta de exame e orientado a aguardar avaliação médica ou do enfermeiro após coleta. Orientado sobre cuidados gerais para prevenção de Covid-19, influenza e demais infecções respiratórias: uso de máscara, higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social, ambientes arejados, com destaque à prevenção da transmissão intradomiciliar.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente.

b) Caso o usuário não esteja utilizando máscara, fornecer e orientar o uso, antes de iniciar o atendimento.

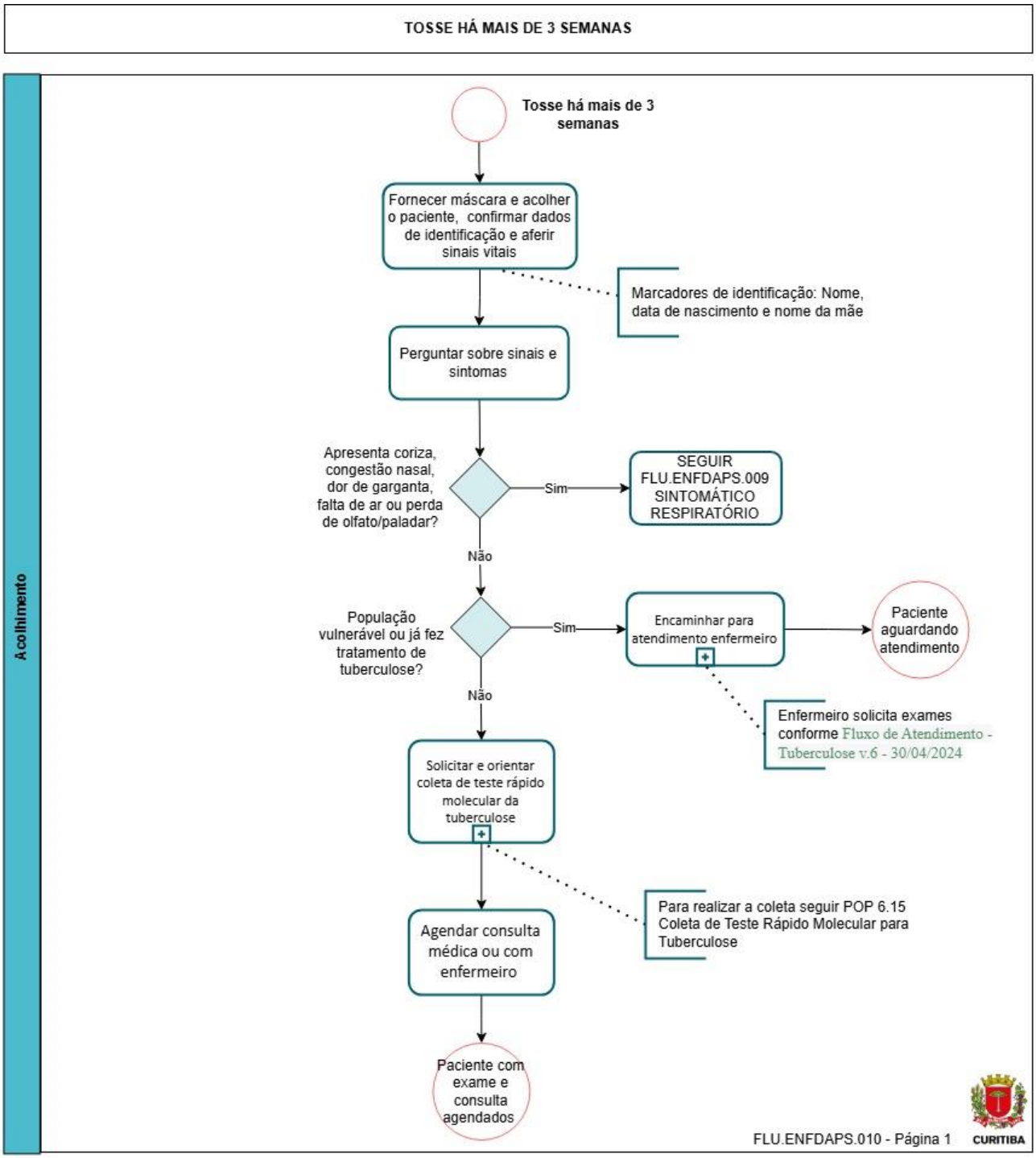
c) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP/ Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:
Orientações Covid - Informações técnicas
POP Procedimentos Assistenciais - 6.7 Coleta de Secreção de nasofaringe
EPIs preconizados na UBS - v.10 - 01.03.2024

5.10 TOSSE HÁ MAIS DE TRÊS SEMANAS

Conceito: Tosse é o reflexo que expulsa o ar dos pulmões.



Levantamento de informações:

a) Fornecer máscara, caso não esteja em uso.

b) Verificar temperatura, PA, peso e altura, oximetria e registrar no prontuário.

c) Perguntar e registrar:

Quais sinais e sintomas e há quanto tempo os mesmos apareceram: tosse (se é seca ou produtiva), febre (qual horário normalmente), sudorese noturna, perda de peso, perda do apetite e história de pneumonia recorrente. Perguntar sobre coriza/congestão nasal, dor de garganta, perda de olfato/paladar, falta de ar, se já fez tratamento de tuberculose.

Questionar e registrar se pessoa em situação de rua, egresso do sistema prisional, profissional da saúde, diabético, tabagista ou outra comorbidade.

Sinais de Alerta:

- Já fez tratamento de tuberculose, abandono do tratamento de tuberculose ou contato de caso positivo.
- Crianças.
- População vulnerável para tuberculose: Desnutrição; Doença renal crônica; Diabetes, imunossupressão (HIV); DPOC; Etilistas e usuários de substâncias psicoativas; Tabagistas; pessoa idosa; Pessoas em situação de rua, institucionalizadas, privadas de liberdade e indígenas; Profissionais da saúde.

Ações:

a) Identificar se apresenta outros sintomas respiratórios e seguir Fluxo de sintomas respiratórios.

b) Identificar sinais de alerta e população vulnerável e encaminhar para consulta com enfermeiro conforme fluxograma.

c) Solicitar o exame de teste rápido molecular de tuberculose.

d) Orientar coleta do exame e agendar retorno para verificar resultado e continuidade da assistência.

e) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Orientar cuidados gerais para prevenção de infecções respiratórias: uso de máscara, higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social, ambientes arejados, com destaque à prevenção da transmissão intradomiciliar.
b) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.
b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.
c) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.
d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).
e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.
f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Refere tosse (seca ou produtiva) há XX dias.
Relata ou nega: Febre (qual horário normalmente), sudorese noturna, perda de peso (quantos kg em qual período), perda do apetite e história de pneumonia recorrente, ou outros sintomas respiratórios (descrever quais, início e intensidade) coriza/congestão nasal, dor de garganta, perda de olfato/paladar, falta de ar.
Relata ou nega contato com pessoa em tratamento de tuberculose ou tratamento anterior para tuberculose.
Em uso de medicamentos de uso contínuo ou tratamento: sim ou não (diabetes, hipertensão, doença renal crônica, HIV, DPOC ou outra doença crônica).
Relata ou nega tabagismo, etilismo ou uso de substâncias psicoativas.

Em situação de vulnerabilidade: sim ou não (pessoa em situação de rua, institucionalizado, privada de liberdade, indígena, profissional da saúde, idosos, crianças).

Conduta e orientações:

Orientado sobre cuidados gerais para prevenção de infecções respiratórias: uso de máscara, higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento social, ambientes arejados, com destaque à prevenção da transmissão intradomiciliar e a retornar antes em caso de agravamento de sintomas.

Solicitado o exame de teste rápido molecular da tuberculose, orientado sobre a coleta e agendado retorno em consulta com enfermeiro XX/XX ou Encaminhado para consulta com enfermeiro e orientado a aguardar, em uso de máscara.

Recomendações profissionais:

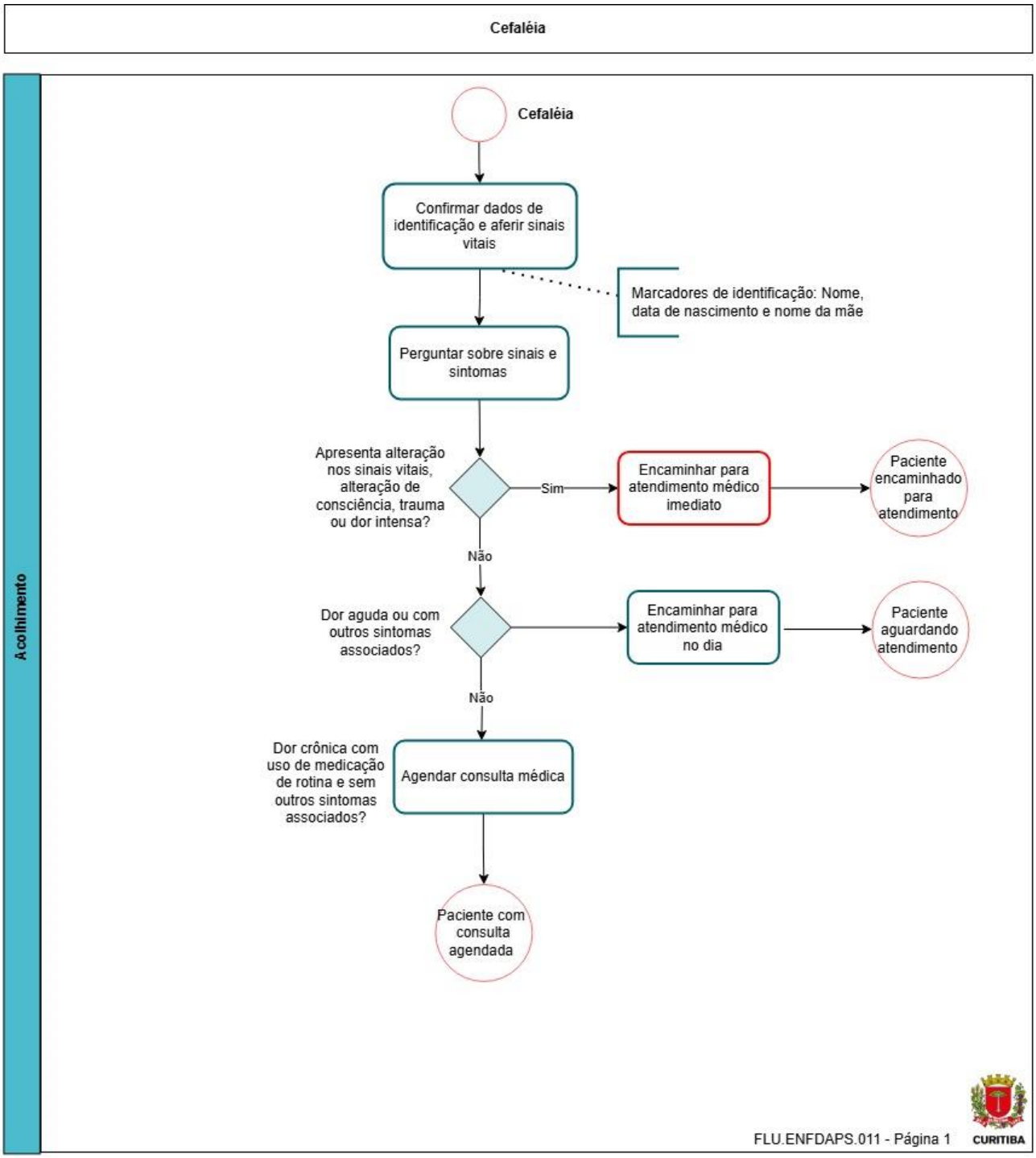
a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente.
b) Caso o usuário não esteja utilizando máscara, fornecer e orientar o uso, antes de iniciar o atendimento.
c) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.
d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:

Fluxo de Atendimento - Tuberculose v.6 - 30/04/2024

5.11 CEFALEIA/ DOR DE CABEÇA

Conceito: Sensação de dor em qualquer região da cabeça.



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, peso e altura e registrar no prontuário.

b) Perguntar e registrar:

Característica da dor (pulsátil, unilateral, difusa), localização, intensidade, há quanto tempo iniciou.

Iniciou após algum fator desencadeante: exercício físico intenso, stress, período menstrual, trauma ou outro. Costuma ter cefaleia frequentemente ou faz uso de algum medicamento para dor de cabeça crônica.

Apresenta hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, neoplasia, HIV, tabagismo e em uso de anticoncepcional.

Outros sintomas associados: febre, rigidez na nuca, fotofobia, alteração na fala ou marcha, tontura, alterações visuais, perda de força, confusão mental ou outros.

Sinais de Alerta:

- Alteração nos sinais vitais (PA alterada, febre).
- Gestante.
- Alteração do nível de consciência (confusão mental, letargia) ou convulsão.
- Trauma recente < 72 horas
- Dor intensa, súbita ou severa.
- Alteração na fala ou marcha, rigidez na nuca, perda de força motora.

Ações:

a) Identificar se apresenta sinais de alerta ou outros sintomas associados e encaminhar para atendimento médico.

b) Orientar e agendar consulta nos casos de dor crônica, sem sintomas associados.

c) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas (aparecimento de sinais de alerta).

d) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Orientar sobre possíveis fatores estressores.

b) Orientar sobre fatores estressores e evitar ambientes agitados, orientar repouso, quarto escuro, etc.

c) Orientar sobre higiene do sono:

- Evitar cafeína (café, chá), bebidas estimulantes, álcool e cigarro após anoitecer;
- Evitar ingerir líquidos ou fazer refeições pesadas até 2 horas antes de dormir;
- Manter o ambiente com temperatura confortável e silencioso;
- Ter uma rotina: acordar no mesmo horário todos os dias, deitar no mesmo horário todas as noites;
- Evitar assistir televisão ou ficar no celular.

d) Estimular a ingestão hídrica e alimentação em horários adequados;

e) Incentivar exercícios regulares para prevenir cefaleia tensional.

f) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas ou aparecimento de novos sintomas.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.

b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.

c) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.

d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).

e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.

f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Refere cefaleia (Característica da dor: pulsátil, unilateral, difusa, localização, intensidade) há XX dias. Relata ou nega início após fator desencadeante: exercício físico intenso, stress, período menstrual, trauma ou outro. Relata ou nega cefaleia frequentemente ou uso de algum medicamento para dor de cabeça crônica.

Relata ou nega hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, neoplasia, HIV, tabagismo e em uso de anticoncepcional.

Relata ou nega outros sintomas associados: febre, rigidez na nuca, fotofobia, alteração na fala ou marcha, tontura, alterações visuais, perda de força, confusão mental ou outros.

Conduta e orientações:

Orientado sobre autocuidado.

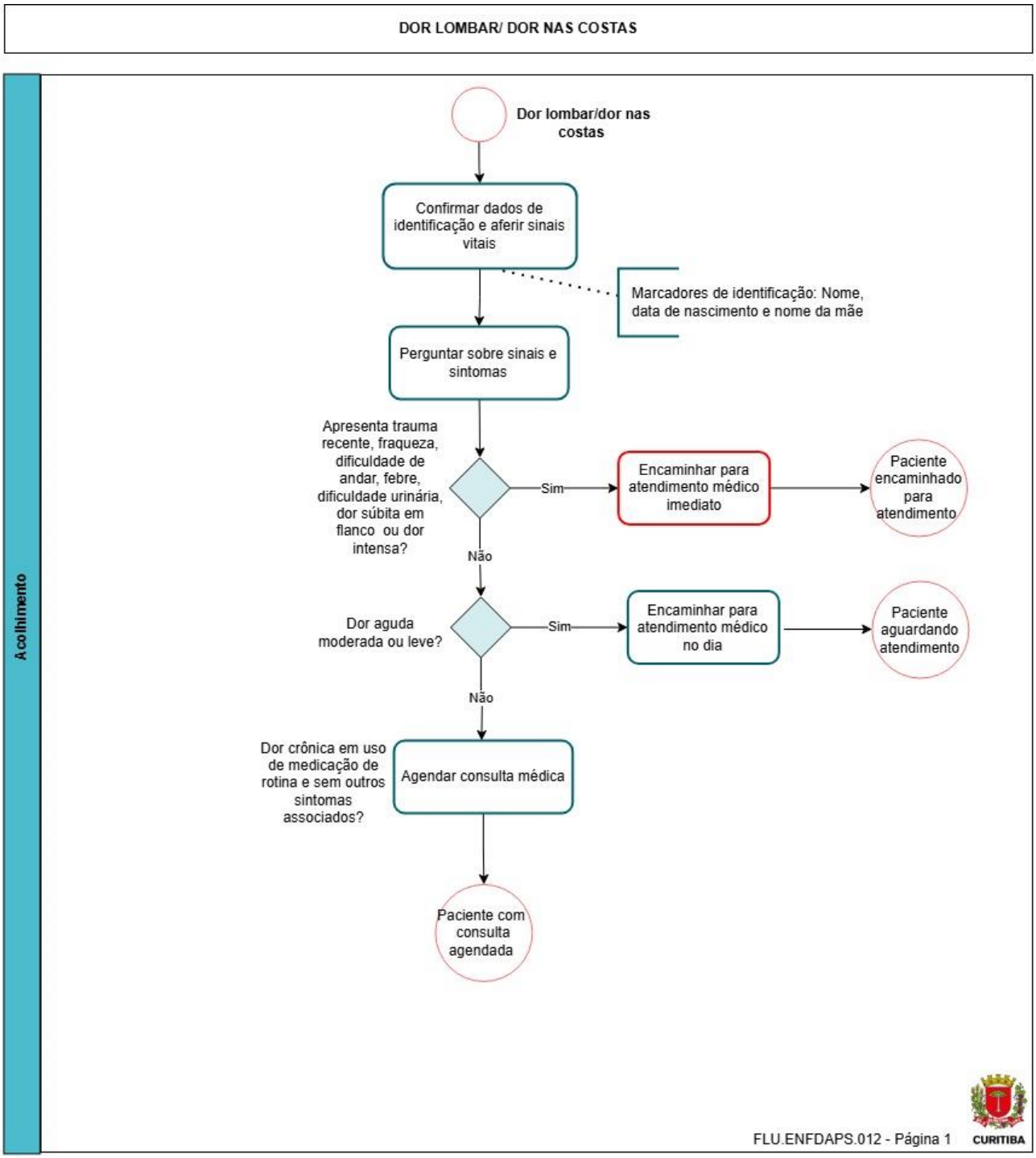
Encaminhado para consulta médica e orientado a aguardar ou Agendada consulta médica e orientado a retornar antes se agravamento dos sintomas ou sinais de alerta.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente.
b) Caso o usuário não esteja utilizando máscara, fornecer e orientar o uso, antes de iniciar o atendimento.
c) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.
d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

5.12 DOR LOMBAR/ DOR NAS COSTAS

Conceito: Sensação de dor na região lombar ou costas.



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, peso e altura e registrar no prontuário.

b) Perguntar e registrar:

Característica da dor, localização (irradiação), intensidade, há quanto tempo iniciou.

Questionar se iniciou após algum fator desencadeante: esforço, trauma ou outro.

Outros sintomas associados: náusea e vômitos, alteração nos hábitos urinários ou intestinais, fraqueza em membros inferiores, dificuldade de andar, trauma recente (como e quando), dormência, febre, dificuldade urinária, dor de início súbito com irradiação.

Sinais de Alerta:

- Alteração nos hábitos urinários ou intestinais (retenção ou incontinência, dificuldade urinária).
- Fraqueza em membros inferiores, dificuldade de andar,
- Trauma recente < 72 horas
- Dormência
- Dor de início súbito, em flanco que irradia para virilha.
- Alteração nos sinais vitais (PA alterada, febre).
- Gestante.
- Dor intensa, súbita ou severa.

Ações:

a) Identificar se apresenta sinais de alerta ou outros sintomas associados e encaminhar para consulta médica.

b) Orientar e agendar consulta nos casos de dor crônica, sem sintomas associados.

c) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas (aparecimento de sinais de alerta).

d) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Orientar importância do alongamento.

b) Orientar postura e medidas gerais para corrigir a mesma se necessário.

c) Orientar retorno em caso de agravamento dos sintomas ou aparecimento de novos sintomas.

Orientações gerais:

g) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.

h) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.

i) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.

j) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).

k) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.

l) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Refere dor lombar / dor nas costas Característica da dor, localização (irradiação), intensidade) há XX dias.

Refere ou nega início após fator desencadeante: esforço, trauma ou outro.

Relata ou nega outros sintomas associados: náusea e vômitos, alteração nos hábitos urinários ou intestinais, fraqueza em membros inferiores, dificuldade de andar, trauma recente (como e quando), dormência, febre, dificuldade urinária, dor de início súbito com irradiação.

Conduta e orientações:

Orientado sobre autocuidado, medidas de alongamento e postura.

Encaminhado para consulta médica e orientado a aguardar ou Agendada consulta médica e orientado a retornar antes se agravamento dos sintomas ou sinais de alerta.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente.

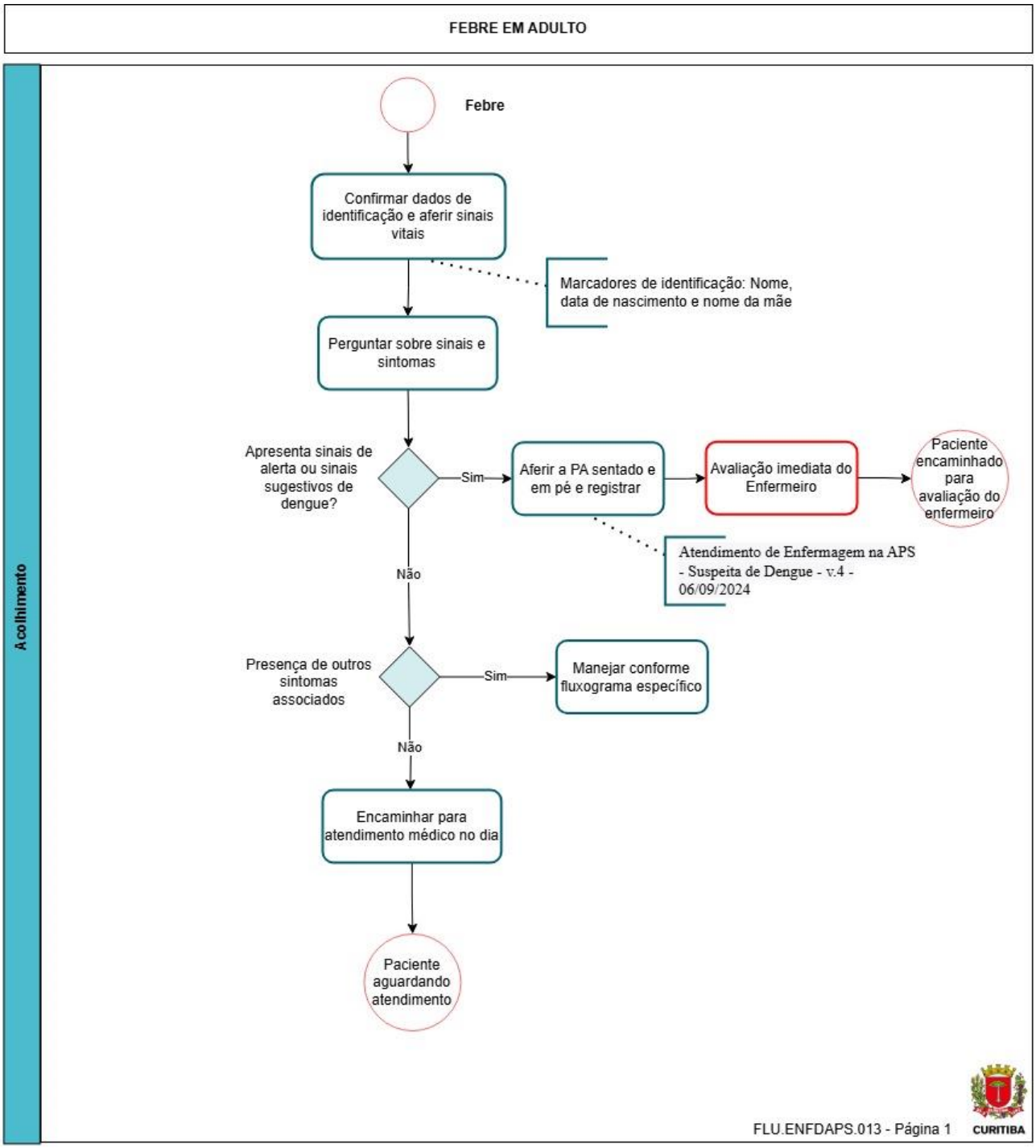
b) Caso o usuário não esteja utilizando máscara, fornecer e orientar o uso, antes de iniciar o atendimento.

c) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

5.13 FEBRE EM ADULTO

Conceito: É a elevação da temperatura corporal, em adultos acima de 37,7ºC.



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, peso e altura, oximetria e registrar no prontuário.

b) Perguntar e registrar:

Qual a temperatura aferida, há quanto tempo iniciou, se fez uso de medicamentos (quais).

Outros sintomas associados: náusea e vômitos, sintomas respiratórios, dor (localização e intensidade), cefaleia, exantema e petéquias, sangramento.

Sinais de Alerta:

- Alteração do nível de consciência (confusão mental, letargia).
- Alteração nos sinais vitais (taquicardia, hipotensão, taquipneia ou outros).
- Sangramentos.
- Vômitos persistentes.
- Dor intensa.

Suspeita de dengue:

Febre e duas ou mais das seguintes manifestações:

- Mialgia
- Artralgia
- Cefaleia
- Dor retro orbital
- Náuseas
- Vômitos
- Prostração
- Exantema
- Petéquias ou exantema
- Histórico de viagem para região endêmica

Ações:

a) Identificar se apresenta sinais sugestivos de dengue, verificar a PA sentado e deitado e encaminhar para avaliação imediata do enfermeiro.
b) Identificar outros sintomas associados e proceder conforme fluxo específico ou encaminhar para consulta médica.
c) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Orientar sinais de alerta.
b) Orientar aumentar ingesta hídrica, vestimentas leves.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.
b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.
c) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.
d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).
e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.
f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Refere febre (temperatura aferida), há XX dias/ horas. Relata ou nega ter tomado medicamentos (se sim, qual).

Relata ou nega náusea, vômitos, sintomas respiratórios, dor (localização e intensidade), cefaleia, exantema e petéquias, sangramentos, dor (localização, intensidade e início). Refere ou nega viagem recente para região endêmica (se sim, local e período).

Conduta e orientações:

Orientado sobre sinais de alerta.

Encaminhado para avaliação com enfermeiro e orientado a aguardar ou Encaminhado para consulta médica e orientado a aguardar.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente.

b) Caso o usuário não esteja utilizando máscara, fornecer e orientar o uso, antes de iniciar o atendimento.

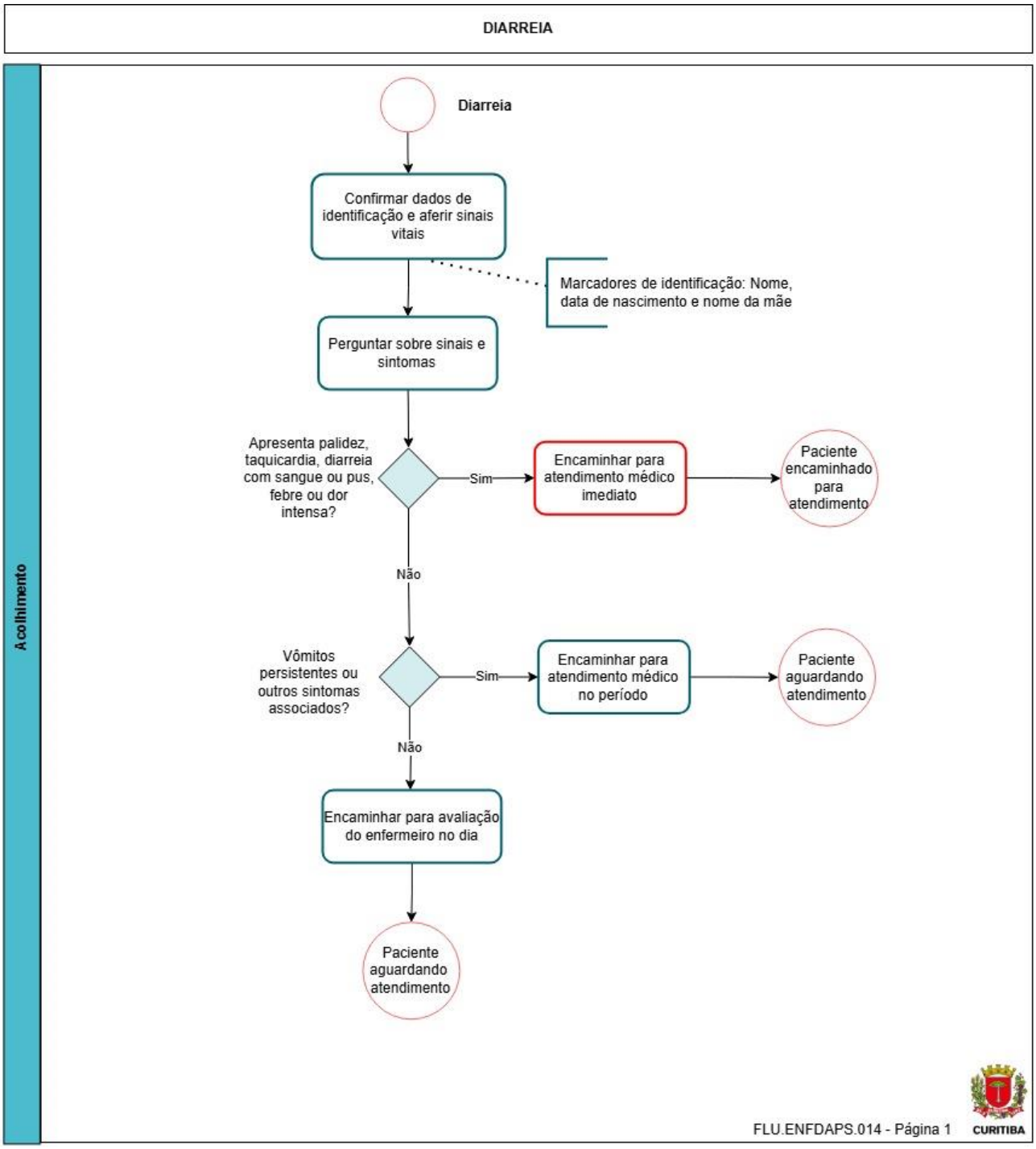
c) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:
Fluxo Dengue SMS/Curitiba - v.9 - 15/05/2024
Atendimento de Enfermagem na APS - Suspeita de Dengue - v.4 - 06/09/2024
1. Fluxo Geral de Atendimento Doença Respiratória - Covid 19 e Influenza

5.14 DIARREIA

Conceito: Consiste na alteração da função intestinal com perda excessiva de água e eletrólitos pelas fezes. Manifesta-se clinicamente pelo aumento do número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes.



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, peso e altura e registrar no prontuário.

b) Perguntar e registrar:

Início dos sintomas, característica/aspecto das fezes e número de episódios. Questionar se há presença de sangue ou muco nas fezes. Se apresenta ou não sintomas associados: dor (localização e intensidade), náuseas, vômito, febre (temperatura aferida), outros sintomas.

Sinais de Alerta:

- Palidez.
- Hipotensão.
- Taquicardia.
- Diarreia com sangue.
- Febre ou dor intensa.

Ações:

a) Identificar se apresenta sinais de alerta ou outros sintomas associados e encaminhar para consulta médica.

b) Orientar e encaminhar para avaliação do enfermeiro.

c) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Orientar aumento da ingesta hídrica, evitar alimentos gordurosos.

b) Orientar retorno em casos de sinais de alerta.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.

b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.

c) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.

d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).

e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.

f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Refere diarreia com ou sem presença de sangue/muco, XX episódios, início há XX dias/horas.

Relata ou nega náusea, vômitos, dor (localização e intensidade), cefaleia, febre (temperatura).

Conduta e orientações:

Encaminhado para avaliação com enfermeiro e orientado a aguardar ou Encaminhado para consulta médica e orientado a aguardar.

Orientado sobre retornar se aparecimento de sinais de alerta, cuidados com alimentação e ingesta hídrica.

Recomendações profissionais:

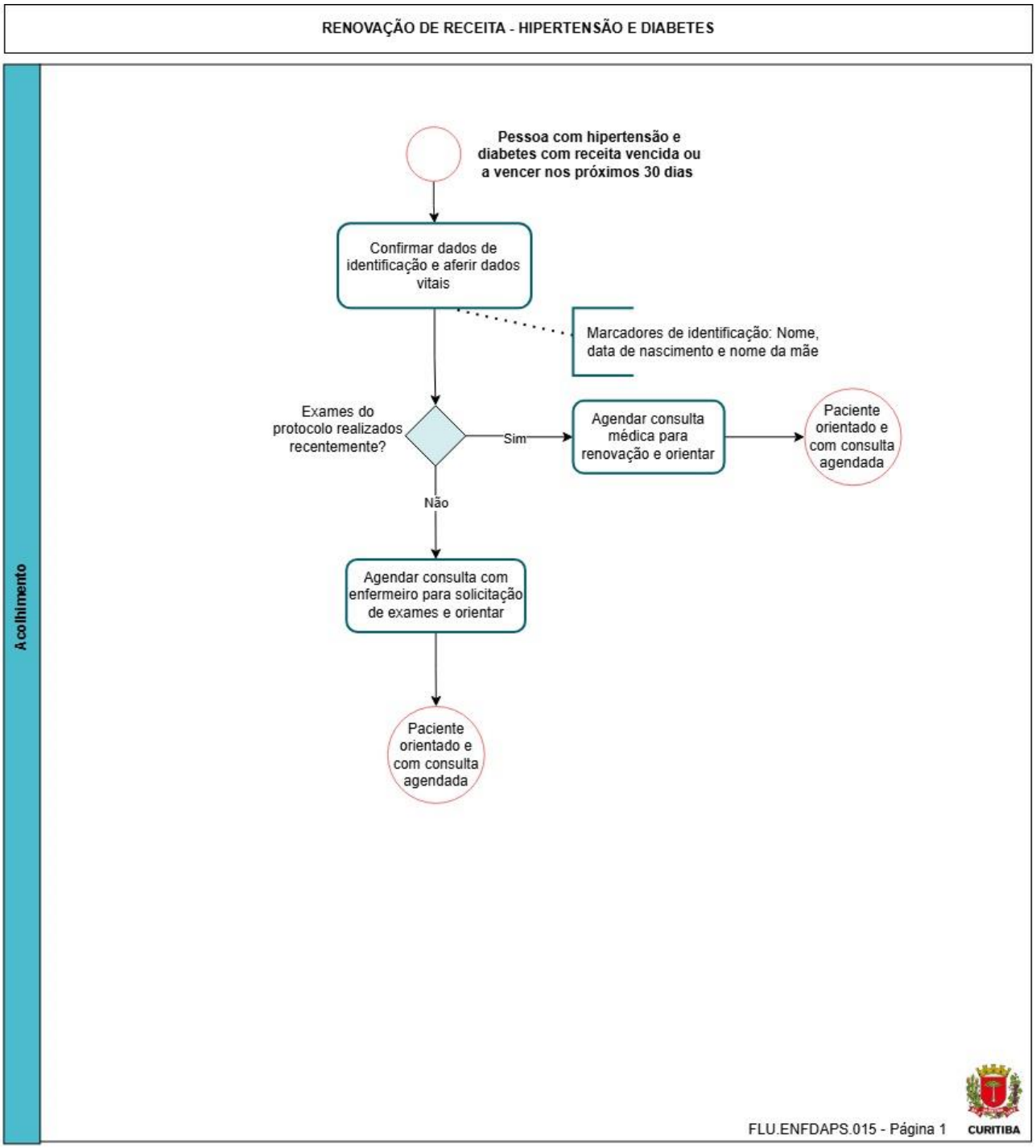
a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente.

b) Caso o usuário não esteja utilizando máscara, fornecer e orientar o uso, antes de iniciar o atendimento.

c) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

5.15 RENOVAÇÃO DE RECEITA – HIPERTENSÃO E DIABETES



Levantamento de informações:

a) Verificar temperatura, PA, peso, circunferência abdominal e altura e registrar no prontuário.

b) Perguntar e registrar:

Presença de dispneia ou dor torácica ao esforço ou atividade física, dispneia durante o sono que o faz levantar da cama, inchaço novo acima do tornozelo. Para os que têm diabetes: Episódios de tremor, escurecimento de visão, sudorese e desmaio, sede excessiva, urina excessiva, perda involuntária de peso e apetite aumentado; Consulta de urgência em pronto atendimento por diabetes descontrolado, pressão arterial descontrolada ou sintomas cardíacos nos últimos 60 dias.

Ações:

a) Identificar se apresenta sinais de alerta ou outros sintomas associados e encaminhar para consulta médica.

b) Verificar no prontuário e/ou nos registros trazidos pela pessoa:

- Data da última prescrição médica
- Número de medidas de PA desde a última prescrição
- Data dos exames de acompanhamento: Colesterol total, HDL colesterol, Triglicerídeos, Creatinina, Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada (se diabetes), Relação albumina-creatinina (se diabetes ou hipertensão de alto risco), Potássio (se hipertensão de alto risco ou em uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina ou Bloqueador de Receptor de Angiotensina), Parcial de Urina tipo 1 (se hipertensão), Eletrocardiograma
- Data da última consulta com oftalmologista, se pessoa com diabetes
- Data da última avaliação dos pés, se pessoa com diabetes

c) Agendar consulta com enfermeiro para solicitação dos exames necessários para a continuidade do cuidado e orientar que, no dia da consulta, a pessoa traga medidas de PA registradas (mínimo de 10 aferições).

d) Recomenda-se o agendamento das consultas e a realização de exames da pessoa com diabetes conforme Organização da Atenção ao DM2 e Fluxo de Atenção à pessoa com Hipertensão estratificado como baixo risco - v.1

e) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Orientar autocuidado: estilo de vida, nutrição, cuidados com os pés, saúde bucal, saúde reprodutiva, riscos do tabagismo e vacinação.
b) Orientar importância da realização dos exames conforme protocolo, acompanhamento com odontologia e consulta anual com oftalmologia quando pessoa com diabetes.
c) Se mulher em idade fértil, orientar importância do planejamento reprodutivo.
d) Orientar retorno em casos de sinais de alerta.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.
b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.
c) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.
d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).
e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.
f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Pessoa com hipertensão/ diabetes, outras comorbidades (quais). Em uso de medicamentos (quais). Em acompanhamento em especialidades XXX; exames laboratoriais realizados (data do último). Apresenta ou nega presença de dispneia ou dor torácica ao esforço ou atividade física, dispneia durante o sono que o faz levantar da cama, inchaço novo acima do tornozelo. Apresenta ou nega episódios de tremor, escurecimento de visão, sudorese e desmaio, sede excessiva, urina excessiva,

perda involuntária de peso e apetite aumentado, consulta de urgência em pronto atendimento por diabetes descontrolado, pressão arterial descontrolada ou sintomas cardíacos nos últimos 60 dias.

* Conduta/orientações: Orientado sobre estilo de vida, nutrição, cuidados com os pés, saúde bucal, saúde reprodutiva e vacinação. Agendada consulta com enfermeiro para solicitação de exames, orientado a realizar aferições da PA e trazer na data da consulta ou agendada consulta médica, pois já tem exames recentes.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente.

b) Caso o usuário não esteja utilizando máscara, fornecer e orientar o uso, antes de iniciar o atendimento.

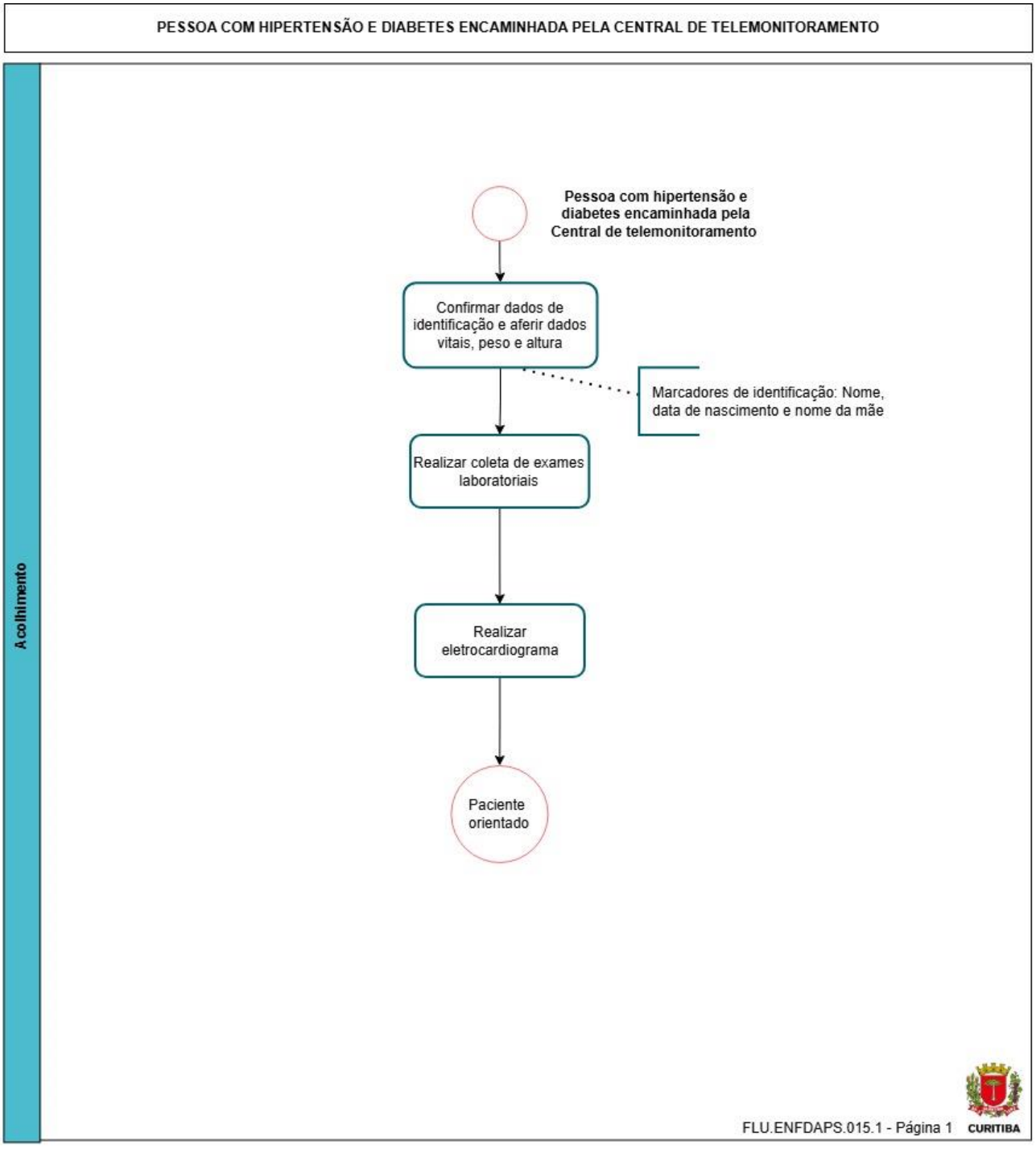
c) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:

Fluxo de Atenção à pessoa com Diabetes Mellitus
Organização da Atenção ao DM2
Recomendações para Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC)
Fluxo de Atenção à pessoa com Hipertensão estratificado como baixo risco - v.1
Avaliação e Manejo dos Pés das Pessoas com Diabetes

5.15.1 ASSISTÊNCIA A PESSOA COM HIPERTENSÃO E DIABETES AGENDADA PELA CENTRAL DE TELEMONITORAMENTO



Ações

a) Acolher usuário encaminhado pelo atendimento de telemonitoramento da Central Distrital.

b) Verificar PA, peso, altura e registrar no prontuário.

c) Coletar exames laboratoriais conforme solicitação.

d) Realizar eletrocardiograma conforme POP.

e) Verificar se usuário está realizando a aferição da PA em domicílio, orientar aferição correta em domicílio ou vir até a UMS para aferição.

f) Orientar que a Central distrital de telemonitoramento irá realizar contato para continuidade da assistência.

f) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

e) Orientar autocuidado: estilo de vida, nutrição, cuidados com os pés, saúde bucal, saúde reprodutiva, riscos do tabagismo e vacinação.

f) Orientar importância da realização dos exames conforme protocolo, acompanhamento com odontologia e consulta anual com oftalmologia quando pessoa com diabetes.

g) Se mulher em idade fértil, orientar importância do planejamento reprodutivo.

h) Orientar retorno em casos de sinais de alerta.

Orientações gerais:

g) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.

h) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.

i) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.

j) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).

k) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.

l) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Pessoa com hipertensão/ diabetes, outras comorbidades (quais). Encaminhado pela central distrital de telemonitoramento. Em uso de medicamentos (quais). Em acompanhamento em especialidades XXX.

Apresenta ou nega presença de dispneia ou dor torácica ao esforço ou atividade física, dispneia durante o sono que o faz levantar da cama, inchaço novo acima do tornozelo. Apresenta ou nega episódios de tremor, escurecimento de visão, sudorese e desmaio, sede excessiva, urina excessiva, perda involuntária de peso e apetite aumentado, consulta de urgência em pronto atendimento por diabetes descontrolado, pressão arterial descontrolada ou sintomas cardíacos nos últimos 60 dias.

* Conduta/orientações: Orientado sobre estilo de vida, nutrição, cuidados com os pés, saúde bucal, saúde reprodutiva e vacinação. Orientado sobre contato da central distrital de telemonitoramento.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente.

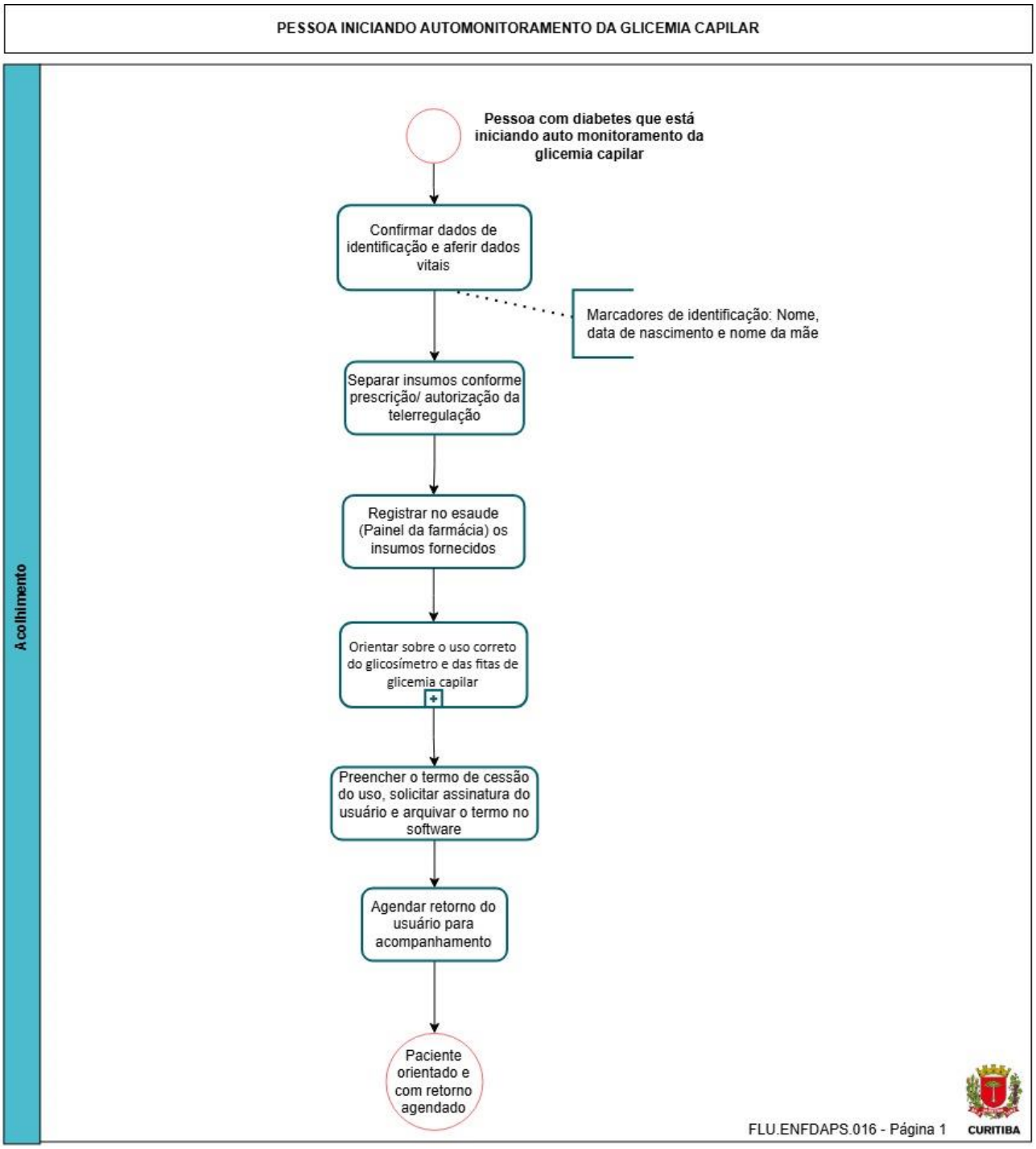
b) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.

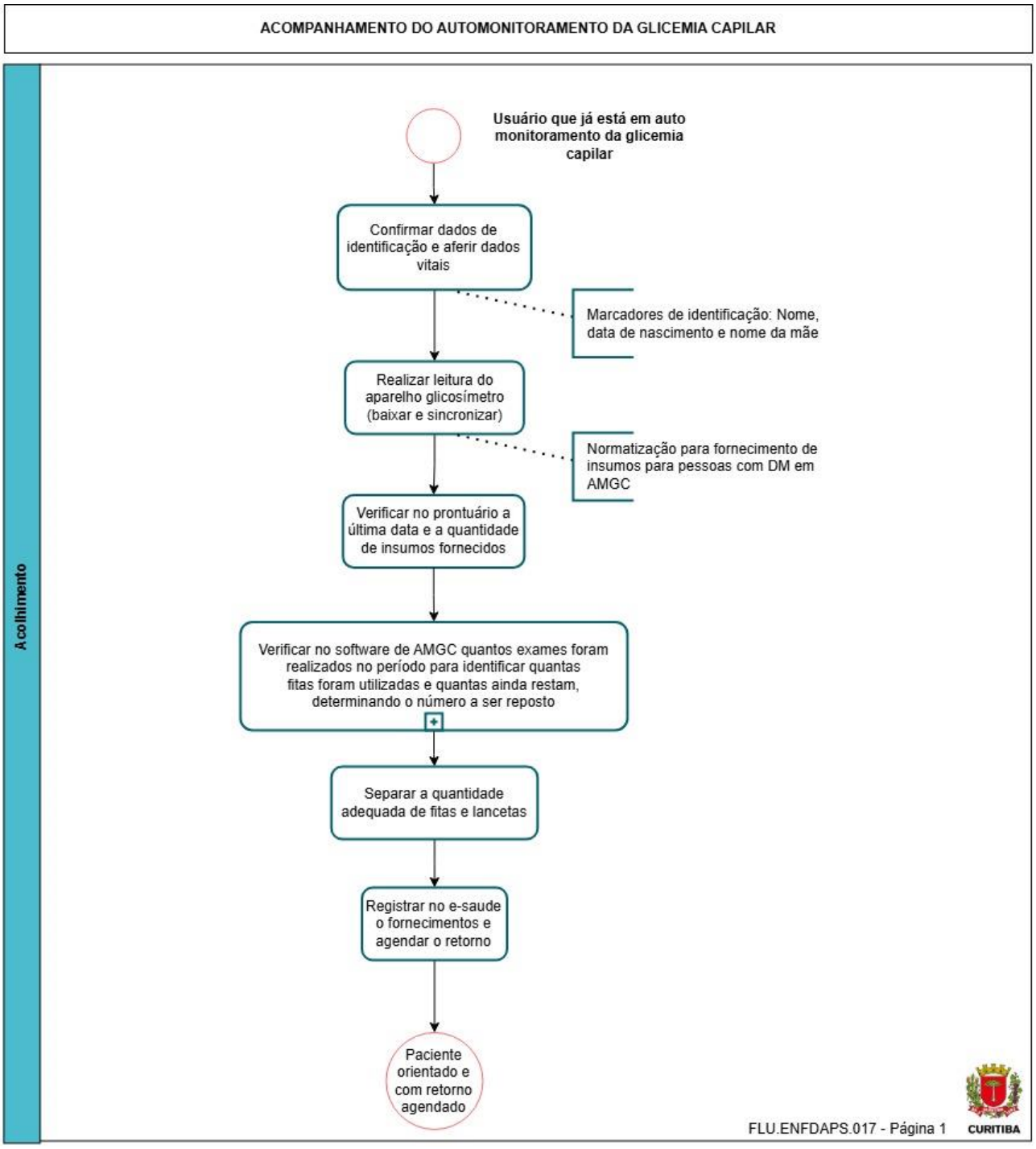
c) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:

Fluxo de Atenção à pessoa com Diabetes Mellitus
Organização da Atenção ao DM2
Recomendações para Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC)
Fluxo de Atenção à pessoa com Hipertensão estratificado como baixo risco - v.1
Avaliação e Manejo dos Pés das Pessoas com Diabetes

5.16 AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR (AMGC)




ACOMPANHAMENTO DO AUTOMONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR
Acolhimento
Usuário que já está em auto monitoramento da glicemia capilar
Confirmar dados de identificação e aferir dados vitais
Marcadores de identificação: Nome, data de nascimento e nome da mãe
Realizar leitura do aparelho glicosímetro (baixar e sincronizar)
Normatização para fornecimento de insumos para pessoas com DM em AMGC
Verificar no prontuário a última data e a quantidade de insumos fornecidos
Verificar no software de AMGC quantos exames foram realizados no período para identificar quantas fitas foram utilizadas e quantas ainda restam, determinando o número a ser reposto
Separar a quantidade adequada de fitas e lancetas
Registrar no e-saude o fornecimentos e agendar o retorno
Paciente orientado e com retorno agendado
FLU.ENFDAPS.017 - Página 1
CURITIBA

Levantamento de informações:

g) Verificar temperatura, PA, peso, circunferência abdominal e altura e registrar no prontuário.

h) Perguntar e registrar:

Se apresenta sintomas/ queixas. Questionar se apresenta dificuldades na aplicação da insulina ou no automonitoramento. Data de realização de exames do protocolo e acompanhamento com especialidades.

Ações:

a) Identificar se apresenta queixas ou outros sintomas associados e se necessário encaminhar para consulta médica.

Usuário que está iniciando o AMGC (ou na troca de marca das fitas)

b) Separar os insumos conforme prescrição: Glicosímetro, lancetador e lancetas - orientar o usuário que para cada teste deverá ser utilizada uma lanceta. Fitas para glicemia capilar e lancetas para punção digital – fornecer quantidade inicial de 50 fitas e orientar o retorno do usuário conforme o estrato de risco ou em até 30 dias para apresentação dos resultados.

c) Registrar no e-Saúde (painel da farmácia) insumos fornecidos (a reposição ocorrerá por meio do pedido periódico).

d) Orientar o usuário sobre o uso do glicosímetro e das fitas de glicemia capilar (Normatização de Fornecimento de insumos para pessoas com DM em AMGC - Anexo 1).

e) Preencher Termo de Cessão de Uso do Glicosímetro (Normatização de Fornecimento de insumos para pessoas com DM em AMGC – Apêndice A) e solicitar assinatura do usuário no Termo. Arquivar o termo no software (Normatização de Fornecimento de insumos para pessoas com DM em AMGC - Apêndice B).

Usuário que já está realizando o AMGC Toda vez que o usuário comparecer à UMS solicitando o fornecimento de fitas e lancetas é preciso:

f) Realizar a leitura do aparelho glicosímetro (baixar e sincronizar - Apêndice B);

g) Verificar no prontuário a última data e a quantidade de insumos fornecida;

h) Verificar no software de AMGC quantos exames foram realizados no período para identificar quantas fitas foram utilizadas e quantas ainda restam, determinando o número a ser reposto (Apêndice B, p.5).

i) Separar a quantidade adequada de fitas e lancetas.

j) Apoiar o autoajuste de insulina.

k) Registrar no e-Saúde o fornecimento de fitas e lancetas.

Para TODOS os usuários:

l) Verificar no prontuário e/ou nos registros trazidos pela pessoa:

- Data da última prescrição médica
- Data dos exames de acompanhamento: Colesterol total, HDL colesterol, Triglicerídeos, Creatinina, Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada (se diabetes), Relação albumina-creatinina (se diabetes), Eletrocardiograma
- Data da última consulta com oftalmologista
- Data da última avaliação dos pés

m) Agendar consulta com enfermeiro para solicitação dos exames necessários para a continuidade do cuidado conforme Organização da Atenção ao DM2 e Fluxo de Atenção à pessoa com Hipertensão estratificado como baixo risco - v.1

n) Solicitar avaliação do Enfermeiro em situações de dúvida.

Orientações:

a) Orientar autocuidado: estilo de vida, nutrição, cuidados com os pés, saúde bucal, saúde reprodutiva, riscos do tabagismo e vacinação.

b) Orientar importância da realização dos exames conforme protocolo, acompanhamento com odontologia e consulta anual com oftalmologia quando pessoa com diabetes.

c) Se mulher em idade fértil, orientar importância do planejamento reprodutivo.

d) Orientar retorno em casos de sinais de alerta.

Orientações gerais:

a) Estimular a participação em atividades promovidas pela Unidade de Saúde.
b) Divulgar o Programa Escute seu Coração, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e autocuidado.
c) Abordar o tabagista e verificar se deseja parar de fumar, ofertando o Programa de Controle do Tabagismo.
d) Avaliar a situação vacinal e se necessário indicar a realização de vacinas, conforme o Programa Nacional de Imunização (PNI).
e) Incentivar o uso do aplicativo Saúde Já.
f) Observar a pessoa e a família nas suas potencialidades* e vulnerabilidades* para individualizar o cuidado.

Registro de Enfermagem:

Iniciando AMGC

Pessoa com diabetes, outras comorbidades (quais). Em uso de medicamentos (quais). Em acompanhamento em especialidades XXX; exames laboratoriais realizados (data do último).

Apresenta ou nega queixas (descrever quais, início, localização e intensidade).

Iniciando automonitoramento de glicemia capilar e em uso de insulina XXX.

* Conduta/orientações: Orientado sobre estilo de vida, nutrição, cuidados com os pés, saúde bucal, saúde reprodutiva e vacinação, bem como realização de exames conforme protocolo. Orientado quanto a aplicação e armazenamento correto da insulina, como realizar o teste de controle e autoajuste da dose conforme prescrição médica. Orientado sobre importância do acompanhamento do AMGC conforme Normatização e preenchido o termo. Fornecido os insumos XXX (quais e quantidade) e agendada consulta de retorno para acompanhamento XX.

Usuário que já está realizando o AMGC:

Pessoa com hipertensão/ diabetes, outras comorbidades (quais). Em uso de medicamentos (quais). Em acompanhamento em especialidades XXX; exames laboratoriais realizados (data do último).

Apresenta ou nega queixas (descrever quais, início, localização e intensidade).

Em automonitoramento de glicemia capilar e em uso de insulina XXX.

Relata realizar a aplicação da insulina xx (descrever como realiza e armazena/dificuldades apresentadas). Relata realizar o automonitoramento XX (descrever como realiza e dificuldades apresentadas). Realizado no último mês XX aferições de AMGC, com XX exames dentro da meta (meta de glicemia entre 80 e 130 mg/dl) e realizando o autoajuste conforme prescrição (descrever como tem realizado).

* Conduta/orientações: Orientado sobre estilo de vida, nutrição, cuidados com os pés, saúde bucal, saúde reprodutiva e vacinação, bem como realização de exames conforme protocolo. Reforço orientações quanto a aplicação e armazenamento correto da insulina, ajuste da dose conforme prescrição médica, realização do AMGC conforme prescrito. Fornecido os insumos XXX (quais e quantidade) e agendada consulta de retorno para acompanhamento XX.

Recomendações profissionais:

a) Seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente.
b) Caso o usuário não esteja utilizando máscara, fornecer e orientar o uso, antes de iniciar o atendimento.
c) Realizar desinfecção de equipamentos e mobiliários após turno de trabalho, conforme POP / Módulo 1 - Prevenção e Controle de Infecção.
d) Atender conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Para saber mais:
Fluxo de Atenção à pessoa com Diabetes Mellitus
Organização da Atenção ao DM2
Recomendações para Automonitoramento da Glicemia Capilar (AMGC)
Fluxo de Atenção à pessoa com Hipertensão estratificado como baixo risco - v.1
Avaliação e Manejo dos Pés das Pessoas com Diabetes

6. GLOSSÁRIO

Este capítulo contempla as definições dos principais sinais e sintomas, dos termos, dados e parâmetros de normalidade. Tem como finalidade fornecer subsídio para realização do atendimento de enfermagem, dando elementos para a identificação da gravidade do agravo, direcionando para a resolubilidade do atendimento.

6.1 DEFINIÇÕES DOS PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

AMENORRÉIA: Interrupção da menstruação que ocorre durante o período reprodutivo.

DESIDRATAÇÃO: Déficit do volume de líquido, diminuição do volume urinário, urina concentrada, eletrólitos alterados, sede, pele seca, mucosas secas, diminuição do rubor da pele.

DIABETES: doenças com causas múltiplas e caracterizada por deficiência absoluta ou relativa de insulina ou por anomalia funcional da insulina e, consequentemente, hiperglicemia.

DIETA: Corresponde aos padrões alimentares dos indivíduos. Especificamente, pode representar uma combinação recomendada de alimentos em determinadas proporções para atender necessidades terapêuticas.

DOR: Aumento na estimulação sensorial de partes do corpo com dano tecidual atual ou potencial acompanhado de experiência subjetiva de sofrimento e desconforto intenso. Pode ser classificado em:

- Aguda – resposta rápida e automática e estimulo nocivo relacionado a dano tecidual;
- Crônica – resposta de longa duração e não necessariamente relacionado a dano tecidual. A dor crônica pode ser intermitente (presença periódica) ou constante (presença permanente).

EDEMA: Acumulo excessivo de líquidos nos espaços tissulares.

FEBRE: Temperatura do corpo acima da média normal, com ou sem tremores, calafrios, com ou sem rubor de pele, aumento da frequência respiratória e taquicardia.

HÁBITOS SAUDÁVEIS: Alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse.

HIPOTENSÃO: A hipotensão acontece quando existe uma queda significativa da Pressão Arterial (PA), e apesar de não existir um limite ainda definido permitindo o diagnóstico da hipotensão, os valores abaixo de 90/60mmHg, já podem ser considerados.

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: São infecções adquiridas por contágio sexual.

MAMOGRAFIA: Exame radiológico dos tecidos moles das mamas, sendo considerado um dos mais importantes procedimentos para o rastreio do câncer ainda impalpável de mama.

MENARCA: Inicio de menstruação que ocorre nas meninas, aproximadamente entre 12 e 17 anos de idade

MENOPAUSA: É a última menstruação fisiológica da mulher, decorrente da perda da atividade folicular ovariana.

MENSTRUAÇÃO: É a última menstruação fisiológica da mulher, decorrente da perda da atividade folicular ovariana.

MÉTODO CONTRACEPTIVO: Maneiras, instrumentos e conjuntos de meios cujo objetivo é evitar uma gravidez indesejada.

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR: Recomendações para a escolha, preparação, conservação doméstica e consumo de alimentos mediante critérios de consideração de seu valor nutritivo e indicações específicas, segundo condições fisiológicas, patológicas ou ainda, por justificativas socioeconômicas (relação valor nutritivo X custos).

POTENCIALIDADE: é um conceito que se refere às capacidades e recursos que a pessoa possui para enfrentar/resolver as situações específicas que ocorrem em sua vida. As capacidades podem ser melhoradas ou pioradas ao longo da vida. Reconhecer que as pessoas têm capacidades e reforça-las é uma maneira de incentivar a proatividade para enfrentamento positivo diante das situações da vida.

PRURIDO: Sensação incômoda na pele ou mucosa, que leva a coçar.

TAQUIPNEIA: aceleração do ritmo respiratório, em adultos, considerado acima 22ipm.

TAQUICARDIA: ritmo cardíaco acelerado, acima de 100 batimentos por minuto, quando a pessoa está em repouso.

VISÃO TURVA: perda da nitidez da visão, enxergando os objetos de maneira nebulosa ou fora de foco.

VULNERABILIDADES: é um conceito que indica um estado de fragilidade da pessoa e/ou família. Pode ser proveniente da sua condição social (pobreza, baixa escolaridade, situação de migração, barreiras culturais, étnicas e de idioma, violência social, etc.); da ausência de apoio sociofamiliar ou da condição de saúde (idoso que mora sozinho; idoso sendo cuidado por idoso, deficiências, sequelas de doenças crônicas, dificuldade auditiva ou visual, etc.). O indivíduo/família vulnerável é aquele que possui condições sociais, culturais, políticas, étnicas, econômicas, educacionais e de saúde diferentes de outras pessoas, o que resulta em uma situação de iniquidade (desigualdade injusta). Sensação incômoda na pele ou mucosa, que leva a coçar.

7. RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA

As ações desenvolvidas pelos profissionais devem seguir as normas sanitárias e de proteção individual vigente, conforme e assistência deve ser realizada conforme as recomendações nacionais e internacionais de segurança do paciente, visando assegurar a integridade e a proteção do paciente e profissional em todas as etapas do atendimento.

Cabe ressaltar que a identificação do usuário deve ser realizada em todo atendimento, por meio da confirmação dos indicadores de segurança: Nome completo, nome da mãe e data de nascimento. Importante confirmar e atualizar se necessário, o endereço e telefone do usuário.

8. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção à demanda espontânea na APS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 298 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Primária, n. 28)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

Conselho Regional De Enfermagem/SP. Segurança do paciente: guia para a prática/ Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. - São Paulo: COREN-SP, 2022.

Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Protocolos e notas técnicas. Disponíveis em https://saude.curitiba.pr.gov.br/

Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem volume 4 - Demanda espontânea do Adulto. Florianópolis, 2016, versão 2020. Disponível em: https://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%204%20SMS%20ATUALIZADO.pdf . Acesso em: 04/11/2024.

Ponta grossa. Protocolo de Acolhimento à Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde, 2022. Disponível em: https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/Protocolo_de_Acolhimento_aps_edicao_3.pdf Acesso em: 04/11/2024.

Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no Estado de Goiás [livro eletrônico]. -- 4. ed. - Goiânia, GO: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2022. Disponível em https://www.protocolodaenfego.org/_files/ugd/e67780_5b15398985b040f28f7d7d3d1cc9047f.pdf Acesso em 06/12/2024

HISTÓRICO DE REVISÕES

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
1	2018	Elaboração – Protocolo de Ações do auxiliar e técnico em enfermagem v.1 – Em validação
2	2022	Revisão dos fluxos - Protocolo de Ações do auxiliar e técnico em enfermagem v.2
3	2024	Revisão e elaboração de novos fluxos, atualização do layout - Protocolo de Ações do auxiliar e técnico em enfermagem v.3

4	2025	Inclusão no fluxo 15.1 – Assistência a pessoa com hipertensão ou diabetes atendida pela Central de telemonitoramento

PROTOCOLOS E POPs DA ENFERMAGEM

Os materiais escritos da SMS Curitiba sobre o tema Enfermagem estão disponíveis no módulo do E-Saúde denominado Documentos Orientativos e no site Saúde Curitiba.